

С.В. Яйцев, Е.А. Надвикова, А.В. Комиссаров

ОСТРАЯ ТОЛСТОКИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА*ГУЗ Областной онкологический диспансер (г. Челябинск)
ГОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия Росздрава» (г. Челябинск)*

В структуре осложнений опухолевого процесса при раке толстой кишки кишечная непроходимость занимает первое место (Яицкий, 2004). Частота декомпенсированной, или, как принято называть в хирургии, острой кишечной непроходимости (ОКН) развивается в 30 % (Ханевич, 2005).

Основными задачами лечения больных раком толстой кишки, осложненным кишечной непроходимостью являются: ликвидация ОКН, коррекция возникших нарушений гомеостаза, при возможности радикальное излечение от рака, а также профилактика осложнений, связанных с непроходимостью и послеоперационным периодом. При этом неуклонно должны соблюдаться принципы абластики и антибластики оперативного вмешательства, несоблюдение которых приводит к прогрессированию заболевания. До настоящего времени в литературе дискуссионными остаются вопросы о целесообразности одномоментного удаления опухоли в подобной клинической ситуации хирургами общехирургической сети.

Для изучения этой проблемы нами проведен анализ 174 восстановительных операций после обструктивных резекций кишечника. Пациенты были разделены на две группы: после операций в Областном онкологическом диспансере (ООД) — 90, после операций в клиниках области (КО) — 84. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, сопутствующей патологии, локализации опухоли и факторам онкологического прогноза (стадия, форма роста, гистологическая структура).

Получены следующие **результаты**: рецидивы опухоли возникли в 68 случаях. В ложе опухоли рецидивы локализовались у 5 больных, по линии резекции в 10-ти случаях, в брыжейке — 53 рецидива. После операций в ООД — 12 рецидивов (13 %), после хирургических вмешательств в КО — 56 (66,7 %). Причем, после левосторонней гемиколэктомии в ООД возникло 3 рецидива, КО — 6, после резекции сигмовидной кишки 3 и 12 рецидивов соответственно, в результате вмешательств на прямой кишке в ООД — 7 рецидивов, КО — 37. Выяснилось, что основной ошибкой при хирургических вмешательствах в данной клинической ситуации в КО, являлся недостаточный объем резекции, что и привело к возникновению большого количества рецидивов.

На основании вышеизложенного мы пришли к выводу, что при локализации опухоли в левой половине ободочной кишки, сигмовидной и прямой кишке в хирургических отделениях, не имеющих онкологов, операцией выбора является формирование разгрузочной трансверзостомы.

С.В. Яйцев, Е.А. Надвикова, А.В. Комиссаров, К.В. Семикопов, В.Г. Маслов

ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА*ГУЗ Областной онкологический диспансер (г. Челябинск)
ГОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия Росздрава» (г. Челябинск)*

Общая частота развития гнойно-септических осложнений при абдоминальных операциях по данным литературы составляет 6,9 %. Наиболее часто они развиваются при колоректальных операциях (13,9 %), за ними следуют операции на желудке (10,4 %), аппендэктомия (5,1 %), и потом уже идут грыжесечение и холецистэктомия. В структуре причин послеоперационной летальности гнойно-септические осложнения составляют около 75 % всех случаев (Mazuski J.E. et al., 2002).

В настоящее время наблюдается неуклонное увеличение количества пациентов с осложненными и местно-распространенными формами колоректального рака (Чиссов В.И. с соавт., 2004). Это приводит к увеличению удельного веса комбинированных вмешательств и потребности в комбинированном лечении, что, безусловно, повышает требования к качеству и безопасности хирургического компонента лечения.

За период с 2002 по 2006 гг. в нашей клинике был предпринят ряд мероприятий по усовершенствованию профилактики гнойно-септических осложнений. В частности, если до 2002 г. интраоперационная антибактериальная профилактика не проводилась, то в настоящее время мы стали ее проводить. В нашей клинике в 2006 г. был введен в эксплуатацию аппарат «Fresenius» для реинфузии крови, что позволило сократить трансфузии аллогенных компонентов крови, обладающих иммунодепрессивными свойствами.

Систематически проводились мероприятия по выявлению и санации носителей патогенной микрофлоры, как среди медперсонала, так и среди пациентов в предоперационном периоде.

Если ранее для операций на прямой кишке нами использовались сшивающие аппараты АКА -2, то с 2004 г. мы применяем сшивающие аппараты «Ethicon», что позволило снизить частоту осложнений и в том числе удалось существенно сократить частоту несостоятельности анастомоза.

Таблица 1

Частота гнойно-септических осложнений после операций по поводу колоректального рака в различные периоды

Период	Рак прямой кишки		Рак сигмовидной кишки		Рак других отделов ободочной кишки	
	частота гнойно-септических осложнений (%)	частота комбинированных операций (%)	частота гнойно-септических осложнений (%)	частота комбинированных операций (%)	частота гнойно-септических осложнений (%)	частота комбинированных операций (%)
2002 г.	13,8	12	10,1	8,6	6,4	21
2006 г.	8,6	49,4	8,6	35	2,2	42,2

Как видно из данных, представленных в таблице 1, применение комплекса мероприятий по профилактике гнойно-септических осложнений и, в частности, повышение надежности анастомоза, позволило значительно уменьшить частоту гнойно-септических осложнений, несмотря на существенный рост удельного веса комбинированных операций.

С.В. Яйцев, Е.А. Надвикова, К.В. Семикопов

ОСЛОЖНЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ

*ГОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия Росздрава» (г. Челябинск)
ГУЗ Областной онкологический диспансер (г. Челябинск)*

Местно-распространенный колоректальный рак (МРКРР) по данным литературы встречается в 10 – 30 % случаев. До настоящего времени обсуждается целесообразность выполнения комбинированных операций при данной патологии, что послужило поводом для проведения данного исследования. Нами оперировано 262 больных с МРКРР. Все больные разделены на 2 группы: в 1-й группе выполнялись радикальные комбинированные операции (188 больных), во 2-й – симптоматические (74 человека). Группы были сопоставимы по полу, возрасту и факторам онкологического прогноза. Причем метастазы в регионарных лимфоузлах встретились в 1 группе лишь в 22 %, что лишним раз подчеркивает перспективность лечения МРКРР. Истинное врастание опухоли в смежные органы встретилось в 37,8 %.

Объем операции зависел от локализации опухоли и степени ее распространения на окружающие органы и ткани. В случае расположения иммобильной опухоли в прямой кишке – самой частой операцией была экстирпация ее – 34 (18 %) операции. Последнюю выполняли при локализации опухоли в нижнеампулярном отделе и анальном канале. При более высоком расположении опухоли экстирпацию (8 случаев), равно как и операцию Гартмана (28 больных, 14,9 % от всех комбинированных операций) выполняли в связи с наличием выраженного параканкрозного воспаления с абсцедированием, формированием свищей с органами, вовлеченными в конгломерат и вскрытием их во время мобилизации кишки, а также наличием явлений кишечной непроходимости. После операции Гартмана, в последующем, толстокишечная непрерывность восстанавливалась. В остальных случаях прибегали к сфинктеросохраняющим операциям, удельный вес которых составил 62,2 %. Во 2 группе у 64 больных (86,5 %) были сформированы двухствольные колостомы, а у 7 (9,5 %) – обходные межкишечные анастомозы. Пробная лапаротомия произведена в 3 случаях (4 %).

Послеоперационные осложнения после клинически радикальных комбинированных операций отмечены в 9,6 % (18 больных). Структура осложнений выглядит следующим образом: несостоятельность межкишечных анастомозов – 6, несостоятельность культи прямой кишки – 1, некроз низведенной кишки – 1, воспалительные заболевания мочеполовой сферы – 2, нагноение послеоперационных срединной и промежностных ран – 3, абсцессы брюшной полости и малого таза – 3, травматическое повреждение органов во время операции – 2. Во 2-й группе у одного больного (1,4 %) возникла параколомическая флегмона.