

НЕОТЛОЖНЫЕ АСПЕКТЫ ОСЛОЖНЕННОГО РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ

ГОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Иркутск)

При возникновении осложнений рака толстой кишки проблема лечения состоит в устранении осложнений рака толстой кишки, как непосредственной угрозы для жизни, избавлении от злокачественного процесса. Обе задачи не могут решаться одновременно одинаково успешно, так как соблюдение онкологических принципов не всегда возможно осуществить в полном объеме в экстренной хирургии. Необходимый онкологический радикализм требует расширения объема оперативного вмешательства и увеличивает его тяжесть, что может оказаться запредельной нагрузкой для больного с осложненным раком толстой кишки. В сложившейся ситуации основная трудность заключается в определении оптимального хирургического подхода, который с максимальным эффектом решал бы обе задачи на первоначальном этапе.

Клиника общей хирургии Иркутского медицинского университета располагает опытом лечения 345 пациентов, у которых рак ободочной кишки осложнился obtурационной кишечной непроходимостью (135), перфорацией кишечной стенки (17), кровотечением (38) или гнойно-воспалительными осложнениями (4). В большинстве случаев имело место сочетание осложнений (151).

Хирургические задачи решались с учетом общего состояния больного, характера роста опухоли, числа отдаленных метастазов, квалификации и опыта хирурга.

У 63 пациентов с обширным местным распространением опухоли, наличии отдаленных метастазов, а также у пациентов старческого возраста, отягощенных многочисленными сопутствующими заболеваниями, при нестабильной гемодинамике, выраженных признаках кишечной непроходимости, перитонита, анемизации, интоксикации, нарушениях функций жизненно важных органов, не представлялось возможным не только радикально разрешить онкологическую ситуацию, но и добиться удовлетворительных результатов в оказании неотложной помощи.

Хирургическая тактика у них была предельно минимизирована, не предусматривала удаления опухоли, а включала выполнение симптоматических операций, которые избавляли пациентов от имеющихся осложнений и облегчали их состояние. Им выполняли ушивание перфорации опухоли (4), выведение опухоли на переднюю брюшную стенку (6), санацию и дренирование брюшной полости (7), обходной анастомоз (10), двухствольную сигмостомию (16) или трансверзостомию (20). Дальнейшая судьба этих больных определялась характером течения, как основного онкологического процесса, так и его осложнений.

У 134 пациентов в состоянии средней тяжести, без выраженных перитонеальных явлений, с признаками компенсированной кишечной непроходимости, умеренной интоксикацией и обменными нарушениями, успешное преодоление экстренной хирургической ситуации сочеталось с нерадикальным разрешением онкологической ситуации. Во время неотложной операции таким больным удавалось не только устранить возникшее осложнение, но и выполнить циторедуктивное удаление опухоли. Таким больным выполняли брюшно-анальную резекцию с колостомой (1), резекцию сигмовидной кишки с анастомозом (4), левостороннюю гемиколэктомию с анастомозом (5), левостороннюю гемиколэктомию с колостомой (29), резекцию сигмовидной кишки с колостомой (29), правостороннюю гемиколэктомию (31), операцию Гартмана (35). Расширение операции до необходимых онкологических пределов в этой группе повышает степень операционного риска. В последующем больные направлялись в специализированные онкологические учреждения для решения вопроса о необходимости и возможности выполнения радикальной операции.

В 96 наблюдениях состояние пациентов позволило выполнить одномоментные радикальные операции в пределах должного онкологического объема, с необходимым объемом лимфодиссекции. Этот объем включал моноблочное удаление лимфатического аппарата в зонах возможного лимфогенного метастазирования — брюшно-анальную резекцию (2), экстирпацию прямой кишки (5), переднюю резекцию прямой кишки (6), операцию Гартмана (8), резекцию сигмовидной кишки с колостомой (11), левостороннюю гемиколэктомию с анастомозом (11), левостороннюю гемиколэктомию с колостомой (13), резекцию сигмовидной кишки с анастомозом (17), правостороннюю гемиколэктомию (23).

У 52 пациентов, госпитализированных с осложнениями рака, острые проявления удалось купировать с помощью консервативных мероприятий, а затем направить их в специализированные учреждения для дальнейшего лечения.

Послеоперационные исходы при осложненном раке толстой кишки определяют последующую тактику: непосредственные хорошие результаты позволяют в дальнейшем осуществлять решение онкологической проблемы. По нашим данным, общая летальность составила, 28,4 %. Подавляющее число умерших (90 %) были пациенты пожилого и старческого возраста, страдающие запущенными формами заболевания и отягощенные сопутствующей патологией. Значительную долю среди умерших (71,4 %) составили пациенты, госпитализированные в поздние сроки от начала развития заболевания. Наиболь-

шая летальность (57 %) констатирована в группе наиболее тяжелых пациентов, в которой не были решены ни онкологическая, ни экстренная ситуации. В группе, в которой успешное преодоление экстренной хирургической ситуации сочеталось с нерадикальным разрешением онкологической ситуации, летальность составила 44 %, а в группе пациентов, где были выполнены одномоментные радикальные операции в пределах должного онкологического объема, летальность составила 3 %.

В.И. Миронов, А.П. Фролов, Е.В. Золотарева

РЕЛАПАРОТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОСТРОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

ГОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Иркутск)

Релапаротомия до сих пор является важным методом лечебной программы для устранения осложнений операций на органах брюшной полости, представляет собой ответственное оперативное вмешательство и нередко является «операцией отчаяния», проводимой в самых неблагоприятных условиях. В то же время именно релапаротомия остается наиболее эффективным методом коррекции прогрессирующей патологии органов брюшной полости и устранения возникших в послеоперационном периоде патологических состояний, угрожающих жизни пациента.

В клинике общей хирургии Иркутского медицинского университета релапаротомии выполнены по поводу послеоперационных осложнений у 105 больных. К релапаротомии «по требованию» прибегали в случаях, когда в послеоперационном периоде возникали патологические состояния, которые не прогнозировались во время первой операции. Первичные операции в этой группе были проведены по поводу осложнений язвенной болезни у 32 пациентов (гастродуоденальное кровотечение — 12, перфоративная гастродуоденальная язва — 18, язвенный стеноз — 2), патологии желчных путей у 19 пациентов (острый холецистит — 10, холедохолитиаз — 4, опухоль головки поджелудочной железы — 3, опухоль внепеченочных желчных протоков — 2), деструктивных форм панкреатита (16), острой кишечной непроходимости (14), ущемленных грыж передней брюшной стенки различной локализации (10), деструктивных форм острого аппендицита (9), острых нарушений мезентериального кровообращения (5).

При осложненных формах язвенной болезни в 24 наблюдениях были выполнены резекции желудка, в 8 — ушивание перфоративной язвы. При патологии желчных путей в 10 наблюдениях произведены холецистэктомии, в 5 — холецистэктомии в сочетании с наружным дренированием желчных протоков, в 4 — холецистэктомии в сочетании с билиодигестивными анастомозами. При деструктивных формах острого панкреатита во время первой операции выполнялись абдоминализации поджелудочной железы (3), некрсеквестрэктомии (8), дренирование изолированных скоплений инфицированной жидкости или гноя (5). При острой кишечной непроходимости первое оперативное пособие включало деторзию тонкого кишечника при завороте (3), энтеролизис при спаечной кишечной непроходимости (7), либо энтеролизис в сочетании с резекцией кишечника и энтероэнтеростомией (4). При ущемленных грыжах передней брюшной стенки различной локализации производилась герниотомия в сочетании с герниопластикой (4), которая, при наличии некроза в тонкой кишке дополнялась резекцией кишки и энтероэнтероанастомозом (6). При деструктивных формах острого аппендицита выполнялась аппендэктомия из местного (4), либо из лапаротомного (5) доступа. При острых нарушениях мезентериального кровообращения выполнялась резекция некротизированного сегмента кишки с первичным анастомозом (5).

Показаниями к повторным вмешательствам у 36 пациентов явилась несостоятельность швов полых органов и анастомозов, у 24 — продолжающийся перитонит, у 12 — внутрибрюшное кровотечение (в 4 наблюдениях — из ложа желчного пузыря в раннем послеоперационном периоде после холецистэктомии, в 4 — диффузные кровотечения, конкретный источник которых при повторной операции установить не удалось, в 3 — аррозивные кровотечения в поздние сроки при деструктивном панкреатите, в 1 наблюдении — кровотечение из пузырной артерии в ранние сроки после холецистэктомии), у 10 — ранняя спаечная кишечная непроходимость, у 9 — формирование гнойников в брюшной полости, у 9 — эвентрация, у 5 — прогрессирующий панкреонекроз.

Релапаротомии выполнялись в различные сроки после первичной операции. У 13 больных релапаротомия выполнена на 1 сутки, у 12 — на 2, у 18 — на 3, у 2 — на 4, у 18 — на 5 и у 42 больных — спустя 5 суток с момента первичной операции.

Основными задачами релапаротомии «по требованию» считаем по возможности радикальное устранение причины развившегося осложнения, тщательную санацию и адекватное дренирование брюшной полости, а также обеспечение полноценной разгрузки желудочно-кишечного тракта.