

ВЫВОДЫ

1. Установлен градиент интраоргано-го АД в дистальном направлении: критическим пунктом является супра-дуоденальная часть холедоха.

2. Оптимальным уровнем наложения билиодигестивного анастомоза является область слияния общепеченочного желчевыводящего протока с пузырным протоком.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров Н.Н. и др. Актуальные проблемы онкологии и медицинской радиологии. — Минск, 1970. — Т. 2. — С. 183—188.

2. Блохин Н.Н., Клименков А.А., Плотноков В.И. Рецидивы рака. — М., 1981.

3. Напалков П.Н. Рациональные пределы расширения объема операций при раке желудка. — VIII Международный противораковый конгресс. — Труды 1963. — № 5. — С. 210—214.

4. Сигал М.Э., Аглуллин И.Р. Авт. св-во № 1598973. — М., 1991.

5. Akkermans M. Decision making in treatment of pancreatic cancer, a retrospective analysis. — Amsterdam, 1994.

Поступила 18.09.01.

OPTIMIZATION OF THE LEVEL OF FORMATION OF BILIODIGESTIVE ANASTOMOSIS IN GASTROPANCREATODUODENAL RESECTION

I.A. Kamalov

S u m m a r y

High postoperative lethality due to incompetence of pancreatojejunal and biliodigestive anastomoses restricts its application. Case histories of 139 patients after gastropancreatoduodenal resections in the Kazan Oncological Clinic of the Ministry of Health of Tatarstan Republic were studied. Intraorgan hemodynamics of external biliferous ducts was examined. The original method of prevention of incompetence and stricture of biliodigestive anastomosis is suggested.

УДК 616.348—006.6—089.8

ТАКТИКА ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

С.В. Доброквашин, В.Н. Воронин, Ю.В. Бондарев, Р.Р. Мустафин,
Д. Е. Волков, Г. Г. Ахметханова

Кафедра общей хирургии (зав. — проф. С.В. Доброквашин) Казанского государственного медицинского университета, госпиталь ветеранов войны (главврач — Ф.Н. Закиров), больница скорой медицинской помощи (главврач — Н.Э. Галеев), г. Казань

Неуклонный рост в течение последних двух-трех десятилетий заболеваемости раком ободочной кишки изменил структуру онкологических заболеваний. Постепенное снижение заболеваемости раком желудка и прогрессирующий рост заболеваемости раком ободочной кишки привели к тому, что во всех экономически развитых странах мира рак ободочной кишки выдвинулся на лидирующие позиции в структуре онкологической заболеваемости населения [5]. В связи с этим весьма актуален вопрос о стратегии и тактике в лечении этой категории больных в условиях неотложной хирургии [1, 5]. Среди впервые выявленных больных лица с далеко зашедшими стадиями заболевания составляют 32,4—92% [2, 5], при этом у 75% из них развиваются осложнения, которые диагностируются в неотложной хирургии [3, 4].

Большинство авторов к осложненным формам рака ободочной кишки относят

обтурационную кишечную непроходимость, перфорацию опухоли, кишечное кровотечение, распространение опухоли на другие органы, воспаление опухоли, летальность при которых от 26,4% после цекостомии по поводу обтурационной кишечной непроходимости достигает 74% при перфорации и опухоли, перитоните после резекции опухоли и колостомии [3—5].

В настоящее время взгляды хирургов на объем необходимого оперативного вмешательства при неотложных ситуациях расходятся. Одни авторы рекомендуют ограничиться наложением разгрузочной колостомы [1,2], другие стремятся к первичной резекции опухоли [5, 6].

За 1997—2001 гг. в отделениях неотложной хирургии госпиталя ветеранов войны и больницы скорой медицинской помощи г. Казани находились на лечении 295 больных со злокачественными опухолями желудочно-кишечного тракта. Возраст больных варьировал

от 28 до 89 лет, при этом 70% пациентов были старше 60 лет. У 233 (78,9%) больных пожилого и старческого возраста имелись различные сопутствующие заболевания. Мужчин было 113 (38,3%), женщин — 182 (61,7%). Прооперировано 184 (62,4%) человека, из них рак толстой кишки был диагностирован у 104 (56,5%), поджелудочной железы — у 28 (15,2%), печени — у 18 (9,8%), желчного пузыря и протоков — у 24 (13,1%), желудка — у 7 (3,8%), тонкой кишки — у 3 (1,6%).

Среди 104 больных, которые были прооперированы по поводу осложненного рака ободочной кишки, осложнения распределились следующим образом: обтурационная кишечная непроходимость — 72 (69,2%) случая, перфорация опухоли — 16 (15,4%), кровотечение — 3 (2,9%), распространение опухоли на другие органы — 8 (7,7%), воспаление опухоли — 5 (4,8%). В левой половине толстой кишки опухоль локализовалась в 69 (66,3%) случаях из 104, в остальных отделах — в 35 (33,7%), при этом чаще всего (у 42,3%) поражалась сигмовидная кишка.

Клиническая картина осложненных форм рака ободочной кишки проявлялась разнообразной симптоматикой. Для уточнения диагноза выполняли обзорное рентгенологическое исследование брюшной полости, экстренную фиброколоноскопию, диагностическую лапароскопию. Тактику лечения определяли в зависимости от общего состояния больного, стадии заболевания, наличия перитонита, сопутствующих заболеваний и возраста.

С неразрешившейся обтурационной кишечной непроходимостью было прооперировано 72 (69,2%) человека, у остальных 32 (30,8%) явления непроходимости удалось разрешить путем применения консервативных мероприятий, и больные были переведены в городской или в республиканский онкологические диспансеры. Паллиативные вмешательства (цекостомия, сигмостомия, обходной анастомоз) были выполнены 50 (69,4%) пациентам: умерли 18 (36%). Операция Гартмана была произведена у 22 (30,6%) пациентов: умерли 3 (13,6%).

Таким образом, при поражении левой половины ободочной, сигмовидной и верхних отделов прямой кишки наиболее целесообразно выполнение опе-

рации Гартмана. Показаниями к паллиативному вмешательству служили запущенная форма рака, распространенный каловый перитонит, старческий возраст, общее тяжелое состояние больного. Во всех случаях операцию заканчивали дренированием брюшной полости, интубацией тонкой кишки через нос двухпросветным зондом по Миллеру—Эбботу.

Перфорация опухоли произошла у 16 (15,4%) человек. Данное осложнение преимущественно локализовалось в левой половине ободочной кишки. Оперативное вмешательство заключалось в резекции опухоли с выведением проксимального отдела кишки на кожу и ушиванием наглухо дистального отдела. Во всех случаях перфорации опухоли сопутствовал перитонит различной выраженности. Дренирование брюшной полости было обязательным. Летальность составила 25%.

При распространении опухоли на другие органы, которое наблюдалось у 8 (7,7%) больных, была наложена разгрузочная колостома с дренированием брюшной полости двухпросветными трубчатыми дренажами: умерли 3 (37,5%). Кровотечение из опухоли толстой кишки, возникшее у 3 (2,9%) больных, потребовало резекции кишки с выведением колостомы: умер один (33,3%).

Воспаление опухоли без явных признаков перфорации отмечалось у 5 (4,8%) человек. Была выполнена операция Гартмана, при невозможности последней по тем или иным причинам накладывали разгрузочную колостому с дренированием брюшной полости двухпросветными трубчатыми дренажами и дополнительно дренажами из перчаточной резины или гидратцеллюлозной пленки. Умерших в данной группе не было.

Все больные с операбельными опухолями в послеоперационном периоде были проконсультированы онкологом для решения вопроса о дальнейшем их лечении.

На основании многолетнего опыта лечения больных с осложненными формами рака ободочной кишки в условиях неотложной хирургии мы считаем, что ради спасения жизни больного от непосредственной угрозы (кишечная непроходимость, перфорация опухоли, ее воспаление, кишечное кровотечение,

переход опухоли на другие органы) объем оперативного вмешательства должен быть минимальным, в строго определенных рамках. Наиболее целесообразными следует считать операции, при которых опухоль устраняется во время первого этапа, так как отсрочка ее удаления ведет к распространению ракового процесса.

Таким образом, из 104 больных, прооперированных по поводу осложненного рака ободочной кишки в соответствии с изложенной выше тактикой лечения, умерли 29 (28,2%). Полученные нами результаты свидетельствуют о значительных резервах в снижении смертности данной категории пациентов, связанных с выбором адекватной тактики хирургического лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдусаматов Ф.Х. Место циторедуктивной хирургии в лечении рака толстой кишки IV стадии в стационаре скорой помощи: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук.— Спб, 1999.

2. Вячкин В.Н. // Хирургия.—1993.— № 12.— С.35—39.

3. Зиневич В.П., Бабкин В.Я. Осложненные формы рака ободочной кишки.— М., 1984.

4. Ефимов Г.А., Ушаков Ю.М. Осложненный рак ободочной кишки.— М., 1984.

5. Ушверидзе Д.Г. Экстренная помощь больным с ургентными осложнениям: колоректального рака: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. — Спб, 1997.

6. Яицкий Н.А., Мошкова Т.А. // Вестн. хир.— 2001.— № 1.— С.92—96.

Поступила 04.09.02.

MANAGEMENT OF COMPLICATED FORMS OF COLON CANCER IN EMERGENCY SURGERY

S.V. Dobrokvashin, V.N. Voronin, Uu.V. Bondarev, R.R. Mustafin, D.E. Volkov, G.G. Akhmetkhanova

S u m m a r y

Experience of the treatment of 104 patients with complicated colon cancer in emergency surgery is studied. It is established that in complicated forms of colon cancer the operative intervention should be minimal. Operations with tumor removal during the first stage should be considered most appropriate because delay will result in cancer propagation.

УДК 616.717.9:616.8—009.12]—089.8

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ НЕВРОГЕННОЙ КОНТРАКТУРЫ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

Г.Г. Неттов

Научно-исследовательский центр Татарстана “Восстановительная травматология и ортопедия” (директор — чл.-корр. АНТ, проф. Х.З. Гафаров), г. Казань

При высоковольтных электротравмах верхних конечностей в большей степени поражается как костно-суставной, так и нервно-мышечный аппарат конечности [1]. За счет повреждения нервного аппарата и паралича коротких мышц кисти чаще всего возникают неврогенные сгибательно-разгибательные контрактуры пальцев, нарушающие хватательную функцию.

Существуют следующие методы лечения — трансплантация сухожилия поверхностного сгибателя со средней на основную фалангу [2] и перемещение поверхностного сгибателя на проксимальную часть фиброзного кольца на уровне головки пястной кости [3]. Однако эти способы, устраняя сгибательную контрактуру средней фаланги, не обеспечивают необходимой стабилиза-

цию основной фаланги при функционировании средней и ногтевой фаланг пальца в силу отсутствия стабилизирующей функции межкостной и червеобразной мышц (они парализованы), поэтому не могут восстановить основную хватательную функцию пальцев кисти.

Мы предложили и успешно апробировали в клинической практике способ лечения неврогенной контрактуры пальцев кисти, суть которого заключается в следующем: стабилизация основной фаланги по отношению к пястной кости в функциональном положении путем артрореза пястно-фалангового сочленения. При этом стабилизированная основная фаланга обеспечивает полноценную сгибательно-разгибательную и хватательную функции средней и ногтевой фаланг пальцев кисти. Предлагаемый