

ОБТУРАЦИОННАЯ ТОЛСТОКИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

*Новиков С. В., Попков О. В., Рычагов Г. П.,
Гинюк В. А., Попков С. О.*

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Введение. Оказание помощи пациентам с обтурационной толстокишечной непроходимостью является актуальной проблемой неотложной хирургии, вследствие роста заболеваемости раком ободочной кишки, увеличения удельного веса больных с осложненными формами опухолевого процесса, требующими неотложного хирургического лечения и преобладания среди них лиц пожилого и старческого возраста.

Цель. Оценить непосредственные результаты хирургического лечения обтурационной толстокишечной непроходимости у пациентов пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ лечения 130 пациентов пожилого и старческого возраста, оперированных в УЗ «3 клиническая больница им. Е. В. Клумова» г. Минска

по поводу obturационной толстокишечной непроходимости в 2010–2015 гг.

Мужчин было 53 (41 %), женщин – 77 (59 %). Возраст пациентов варьировал от 60 до 89 лет. Алгоритм обследования включал: клиническое, лабораторное, рентгенологическое, эндоскопическое обследование пациентов, ультразвуковое, морфологическое исследование, по показаниям – компьютерную томографию. Сопутствующие заболевания зарегистрированы у всех больных анализируемой группы. Чаще всего отмечались заболевания сердечно-сосудистой системы, реже – системы органов дыхания, мочевыделительной системы и сахарный диабет.

Результаты и обсуждение. Из 130 пациентов 108 (83 %) оперированы в экстренном порядке в связи с явлениями острой obturационной кишечной непроходимости и перитонита, остальные 22 (17 %) (после разрешения явлений частичной непроходимости кишечника, восстановления его моторно-эвакуаторной функции и коррекции нарушений гомеостаза) оперированы через 8–15 суток после поступления. Установлена следующая локализация опухоли: правый фланг ободочной кишки – 38 пациентов (29 %); левый фланг ободочной кишки – 35 (27 %); ректосигмоидный отдел толстой кишки – 31 (24 %); прямая кишка – у 26 (20 %) пациентов. Подготовку кишечника к операции у пациентов второй группы (после разрешения явлений частичной кишечной непроходимости) осуществляли методом ортоградного лаважа. При острой кишечной непроходимости и отсутствии признаков 4 стадии заболевания выполняли радикальные резекции с резекцией опухоли, при этом первичный анастомоз накладывали чаще всего при правосторонней гемиколэктомии, в то время как при операциях на левой половине ободочной кишки в условиях непроходимости кишечника вмешательство ограничивали обструктивной резекцией толстой кишки с опухолью и декомпрессией толстой (и по показаниям тонкой) кишки. Частота послеоперационных осложнений (несостоятельность швов кишечного анастомоза, прогрессирование перитонита, инфекция области хирургического вмешательства, сепсис) после радикальных операций в группе лиц пожилого и старческого возраста составила 36,7 %, после паллиативных операций – 58 %. Летальность после выполнения радикальных хирургических вмешательств составила 17,5 %, после выполнения паллиативных операций – 40,5 %.

Выводы. Предоперационная подготовка, дифференцированный выбор хирургических вмешательств позволяют добиться у пациентов пожилого и старческого возраста с obturационной толстокишечной непроходимостью хороших непосредственных результатов лечения. В условиях интраабдоминальных осложнений колоректального рака повысить выживаемость больных позволяет применение радикальных методик операции с удалением первичной опухоли, независимо от стадии патологического процесса.