

Мазуркевич Д. А.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА В УСЛОВИЯХ ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Неверов П. С.

1-я кафедра хирургических болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. По литературным данным, частота опухолей желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), осложненных кровотечением достигает 2,7-41,5%. Часто первым признаком онкологического поражения является эпизод желудочно-кишечного кровотечения, однако геморрагические осложнения подтвержденного рака ЖКТ также госпитализируются в хирургические отделения по месту жительства. Распространенность онкопроцесса, распад опухоли, рецидивирующее кровотечение определяют ведущую роль общехирургического стационара и хирургической бригады в решении вопроса о способе достижения гемостаза.

Цель: проанализировать возможности и эффективность хирургического лечения пациентов с геморрагическими осложнениями опухолевых поражений органов ЖКТ в условиях общехирургического стационара.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 298 медицинских карт пациентов с кровоточащими опухолями органов ЖКТ, находившихся на лечении во 2-ом хирургическом отделении УЗ «10 ГКБ» г. Минска с 2013 по 2016 годы. Учитывались характер кровотечения (продолжающееся, состоявшееся, рецидивирующее), распространенность процесса, виды хирургических вмешательств, а также результаты лечения.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст пациентов составил $59,2 \pm 21,8$ года ($M \pm \sigma$), женщины 59,4% ($n=177$), мужчины 40,6% ($n=121$). На момент поступления имело место продолжающееся (13,8%) или состоявшееся (60,5%) желудочно-кишечное кровотечение. Структура причин кровотечения: опухоли желудка-38,3 %, опухоли толстой кишки-36,2%, опухоли тонкой кишки-13,4%, опухоли поджелудочной железы-12,1%. Оперировано 65 человек (21,8%). Из них в экстренном порядке в связи с рецидивирующим кровотечением оперировано 29,2% ($n=19$), в отсроченном порядке в связи с сохраняющимся риском рецидива кровотечения – 70,8% ($n=46$). Структура проведенных радикальных хирургических вмешательств: субтотальная дистальная резекция желудка по Бильрот-I с деоментизацией, лимфоаденодиссекцией (ЛАД) 2.5 – 13,7% ($n=9$); субтотальная дистальная резекция желудка по Бильрот-II в модификации Гофмейстера-Финстерера с деоментизацией, ЛАД 2.5 – 16,8% ($n=11$); резекция абдоминального отдела пищевода, гастрэктомия с деоментизацией, ЛАД Д2 – 26,2% ($n=17$); гемиколонэктомия с деоментизацией и ЛАД – 15,4% ($n=10$); панкреодуоденальная резекция – 6,2% ($n=4$); другие виды резекций желудка 3,1% ($n=2$); резекция тела, хвоста поджелудочной железы, ЛАД Д2 – 3,1% ($n=1$); резекция участка двенадцатиперстной кишки 1,6% ($n=2$); резекция участка тощей/подвздошной кишки 6,2% ($n=4$); резекция ректосигмоидного отдела ободочной кишки 3,1% ($n=2$). Паллиативные вмешательства (гемостаз прошиванием, паллиативная резекция желудка) были проведены у 4,6% ($n=3$). Радикальность операции подтверждена с помощью гистологического исследования краев отсечения. Отсутствие опухолевого роста выявлено в 98,9% случаев. Послеоперационная летальность составила 4,6% ($n=3$), в том числе 2 пациента после паллиативных вмешательств. Причиной стало исходно тяжелое состоянием пациента и значительная распространенность опухолевого процесса.

Выводы. В случаях рецидивирующего характера геморрагии или высокого риска кровотечения при опухолевых поражениях ЖКТ в условиях общехирургического стационара при достаточном опыте бригады оправдано выполнение радикальных хирургических вмешательств. Паллиативные вмешательства ассоциируются с высоким риском повторного кровотечения и летального исхода.