

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ И СИНДРОМОМ ВНУТРИПЕЧЁНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Крот С.Я.^{1,3}, Дундаров З.А.², Майоров В.М.³

*УЗ «Гомельская областная специализированная клиническая больница»,
УО «Гомельский государственный медицинский университет» г. Гомель*

Введение. У больных циррозом печени (ЦП) достоверно чаще, чем в остальной популяции, встречается рак толстой и прямой кишки, а метастазы в цирротическую печень выявляются в 2 раза реже чем в не цирротическую [Hegediis Cs, Elster M., 1983]. Периоперационный период у больных ЦП отличается более высоким уровнем послеоперационных осложнений и летальности, чем среди пациентов общей выборки. При этом частота осложнений и смертельных исходов напрямую коррелирует с тяжестью печеночно-клеточной недостаточности [Ziser A. et al., 2009]. При сочетании ЦП с портальной гипертензией (ПГ) стационарная летальность возрастает вдвое [Nguyen G.C. et al., 2009].

Цель. Оценить эффективность мультидисциплинарного подхода в лечении больных колоректальным раком, сочетающимся с циррозом печени и портальной гипертензией.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 13 пациентов с раком ободочной кишки сочетающегося с ЦП и ПГ. Мужчин – 9, женщин – 4. Средний возраст 57 ± 4 г.

В срочном порядке по поводу осложнений рака толстой кишки оперировано 6 пациентов: ОКН – 5, перфорация опухоли – 1. ЦП класса «А» по Чайлд-Пью отмечен у 2, класс «В» - у 1, класс «С» - у 3. Объем вмешательства включал выполнение операции Гартмана.

В плановом порядке оперировано 7 пациентов. С ЦП класса «А» - 4 чел., класса «В» - 3. Им выполнялась резекция толстой кишки в соответствии с общепринятыми в онкологии объемами с формированием межкишечного анастомоза.

Результаты и обсуждение. Из 6 пациентов, оперированных в срочном порядке в раннем послеоперационном периоде умерло 3 (50%), все с ЦП класс «С». Причинами смерти явились: печеночно-клеточная недостаточность – 2, массивное крово-течение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПиЖ) – 1.

Из числа оперированных в плановом порядке у двух пациентов, которым никаких вмешательств на венах пищевода перед операцией не выполнялось, в раннем послеоперационном периоде развилось массивное кровотечение из ВРВПиЖ. В одном случае проводилась комплексная консервативная терапия с применением зонда Сангенстакен-Блекмора – наступил летальный исход. Во втором, при кровотечении из ВРВ желудка выполнено срочное оперативное вмешательство – наружная деваскуляризация абдоминального отдела

пищевода и проксимального отдела желудка, проксимальная гастротомия с остановкой кровотечения и прошиванием ВРВ.

У 3-х пациентов с ВРВП II ст. по А.Г. Шерцингер в предоперационном периоде выполнено по два сеанса эндоскопической склеротерапии ВРВП. Кровотечений в раннем послеоперационном периоде у них не отмечено.

В 2-х случаях, у пациентов с ВРВПиЖ III ст. и высоким риском кровотечения выполнены симультанные операции: деваскуляризация пищевода и желудка, транссекция пищевода с эзофагофундопликацией по Черноусову, резекция толстой кишки. Оба пациента в послеоперационном периоде без клинических осложнений.

Выводы. Обязательным условием хирургического лечения рака толстой кишки, сочетающегося с ЦП и ПГ является оценка риска развития кровотечения из ВРВПиЖ, степени печеночно-клеточной недостаточности и возможности выполнения не только онкологических операций, но и вмешательств на венах портальной системы (как эндоскопических, так и полостных), что позволит выработать правильную тактику лечения этого неблагоприятного сочетания.