

ХИРУРГИЧЕСКИЕ И ТАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

*Цилиндзь И.Т., Полынскі А.А., Русин І.В.,
Цилиндзь І.І., Сухоцкий Д.В.*

*УО «Гродненскі дзяржаўны медыцынскі ўніверсітэт»,
Гродно, Рэспубліка Беларусь,
УЗ «Горадская клінічная больніца №4 г. Гродно»*

Введение. Второе место среди причин острой кишечной непроходимости занимает рак толстой кишки. Обтурационная кишечная непроходимость, как осложнение рака толстой кишки, составляет 22-33% от всех видов непроходимости и в 20 % диагностируется как впервые выявленный осложнённый канцер этого отдела кишечника, что указывает на проблемы в своевременной диагностике данной патологии. Кишечная непроходимость в различных проявлениях встречается у 60-88% пациентов с раком толстой кишки.

Послеоперационная летальность при лечении острой толстокишечной непроходимости опухолевого генеза достигает 24%, что обусловлено запущенностью заболевания, пожилым и старческим возрастом пациентов и, как результат, наличием той или иной степени выраженности сопутствующих заболеваний, а также неоднозначным мнением по тактике и объёму оперативного пособия.

Цель. Рассмотреть результаты хирургического лечения острой толстокишечной непроходимости опухолевого генеза.

Материал и методы. В работе представлен опыт лечения 214 пациентов с острой толстокишечной опухолевого генеза непроходимостью. Возраст пациентов составил 41-93 года, из них мужчин было 113 пациентов (52,8%), женщин – 101 (47,2%). Следует отметить, что лиц старше 75 лет было 92 человека (42,9%).

Результаты и обсуждение. В первые сутки с момента появления первых признаков кишечной непроходимости было госпитализировано 58 человек (27,1%), 156 пациентов поступило спустя сутки (72,9%).

Наиболее частой причиной непроходимости были опухоли левого фланга толстой кишки, стенозирующие её просвет (159 пациентов - 74,3%): рак селезёночного угла и нисходящей ободочной кишки – 27 пациентов (12,6%); рак сигмовидной кишки и ректосигмоидного отдела – 123 случая (57,5%); рак прямой кишки – 8 случаев (3,7%). Реже, как причина непроходимости, были диагностированы опухоли правого фланга толстой кишки – у 49 пациентов (22,9%) и поперечной ободочной кишки (7 человек - 3,3%).

Следует отметить, что комплексом консервативных мероприятий разрешить острую кишечную непроходимость удалось только в 53 случаях (24,8%).

В комплексе консервативных мероприятий применяем экстренную колоноскопию, что позволяет в ряде случаев выполнить декомпрессию толстой кишки – или выполнить реканализацию опухолевого стеноза, или провести через стенозированный участок зонд в супрастенотический отдел кишки.

Объём оперативного вмешательства зависел от распространённости опухолевого процесса, наличия ближайших и отдалённых метастазов, характера изменений в кишечной стенке супрастенотического отдела, наличия и степени выраженности сопутствующей патологии.

Радикальные оперативные вмешательства были выполнены у 168 пациентов (78,5%) в объёме: правосторонняя гемиколэктомия, резекция поперечноободочной кишки, левосторонняя гемиколэктомия, резекция сигмовидной кишки, операция Гартмана, передне-низкая резекция прямой кишки.

При выполнении правосторонней гемиколэктомии предпочитаем наложение илеотрансверзоанастомоза при возможности проведения предварительной закрытой декомпрессии тонкой кишки назогастроинтестинальным шинированием – анастомоз состоятелен, пациенту не требуется второй этап оперативного пособия по восстановлению пассажа кишечного содержимого.

В условиях непроходимости высок риск несостоятельности первичного толсто-толстокишечного анастомоза, его накладываем лишь при возможности адекватного опорожнения приводящего отдела кишки, а это выполнить при запущенной непроходимости левого фланга весьма трудно. В таких случаях велика вероятность несостоятельности анастомоза несмотря на выполнение ретроградной интубации кишки с проведением шинирующего зонда выше анастомоза.

Паллиативные операции были выполнены у 46 пациентов (21,5%) – наложение различных видов стом.

В послеоперационном периоде умерло 19 пациентов (8,9%).

Выводы.

1. У пациентов с опухолями толстой кишки, осложнёнными развитием острой кишечной непроходимости, в большинстве случаев выполнимы радикальные операции.

2. При операциях на правом фланге толстой кишки целесообразно накладывать илеотрансферзоанастомоз при условии выполнения закрытой декомпрессии тонкой кишки.