



Согласно данным в табл. 2, у больных основной группы было на 36,1% больше хороших результатов, чем в контрольной группе. Число удовлетворительных результатов у больных этой группы снизилось на 26,5%, а неудовлетворительных на 9,6%.

Заключение

Комплексный подход в лечении больных с флегмонами околоушно-жевательной области с учетом стадии

развития ОТГС позволяет достоверно снизить число ранних послеоперационных осложнений до 6,8% (в контроле 19,0%) и достичь результатов в отдаленные сроки послеоперационного периода у 90,9% (в контроле 54,8%). Дифференцированный подход в лечении больных с флегмонами околоушно-жевательной области, учитывающий тяжесть течения патологического процесса и индивидуальные особенности пациента, можно считать перспективным направлением в челюстно-лицевой хирургии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агапов В.С. Пути совершенствования методов лечения больных с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области /В.С. Агапов, И.А. Пименова //Образование, наука и практика в стоматологии: тез.докл. П.Всерос. науч.-практ. конф.-СПб.: Человек, 2005.-С.16-17.
2. Робустова Т.Г. Классификация и современное клиническое течение одонтогенных воспалительных заболеваний /Т.Г. Робустова //Образование, наука и практика в стоматологии: тез.докл. П.Всерос. науч.-практ.конф.- СПб.: Человек.-2005.-С.173-175.
3. Соловьев М.М. Гнойно-воспалительные заболевания головы и шеи. Этиология, патогенез, клиника, лечение /М.М. Соловьев //СПб. Изд-во: МЕД.пресс-информ; 2009.-192 с.
4. Kadota J. Antibiotic-induced apoptosis in human activated peripheral lymphocytes //Int. J. Antimicrob. Agents.-2005.-№25.-Р. 216-220.
5. Турчина Е.В. Оценка эффективности применения антибиотиков в комплексе лечения больных с абсцессами челюстно-лицевой области /Е.В. Турчина //Сибирский медицинский вестник.-Иркутск, 2006.-№9.-С.52-54.
6. Тимофеев А.А. Основы челюстно-лицевой хирургии: Учебное пособие.-М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007.-696с.
7. Гвозденко Т.А. Озонотерапия гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у лиц пожилого возраста /Т.А.Гвозденко, О.Ю. Кыткова// Медицинский альманах.-2013.-№3.-С.102-103.
8. Livermore D.M. Has the era of untreatable infections arrived? /M.D. Livermore //J. Antimicrob Chemother.-2009.-№64.-P.29-36.
9. Давыденко А.В. Обоснование тактики хирургического лечения глубоких флегмон бедра /А.В. Давыденко //автореф. дисс....канд.мед.наук. Ростов-на-Дону.-2004-18 с.
10. Heemskerk J/ Acute Compartment Syndrome of the lower leg retrospective study on prevalence, technique, and outcome of fasciotomies /J. Heemskerk, P.Kitslaar //World J. Surg.-2003-Vol.27.-P.744-747.
11. Татьянченко В.К. Способ исследования фасций и клетчаточных пространств /В.К. Татьянченко, В.А. Саркисян, Е.В. Андреев //Федеральный патент РФ №2271740. Изобретения. Полезная модель-2006-№8.-С.198

ПОСТУПИЛА: 12.05.2015

УДК 616.3345-007.272-089

Ю.М. Стойко, А.Л. Левчук, А.В. Максименков, Д.Ю. Федотов, Е.П. Розберг

РОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОПУХОЛЕВОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

ФГБУ «Национальный Медико-Хирургический Центр имени Н.И. Пирогова»,
Кафедра хирургии, с курсами травматологии, ортопедии и хирургической эндокринологии,
Россия, 105203, г. Москва, ул. Нижняя Первомайская, д. 65. E-mail: maximen-av@yandex.ru

Среди всех форм острой кишечной непроходимости на долю толстокишечной приходится 30-40 %. Основной причиной толстокишечной непроходимости является опухолевое поражение толстой кишки – 93%. В основу настоящего сообщения положены результаты обследования и лечения 285 больных, имеющих симптомы кишечной непроходимости разной степени выраженности. Исследования показали, что при эффективности консервативного лечения, следует стремиться к удалению первичной опухоли; при неэффективности консервативных мероприятий показано формирование стомы; резектабельные метастазы в печень и легкие не являются противопоказанием к удалению первичной опухоли.

Ключевые слова: рак толстой кишки, толстокишечная непроходимость, перфорация стенки толстой кишки, гемиколэктомия.



Y.M. Stoyko, A.L. Levchuk, A.V. Maximenkov, D.Yu. Fedotov, E.P. Rozeberg

PROPERTIES OF SURGICAL TACTICS IN TREATMENT OF TUMOROUS COLONIC OBSTRUCTION

N.I. Pirogov National Medical Surgery Center,

Department of Surgery, with courses of traumatology, orthopedics and surgical endocrinology.

65 Nizhnyaya Pervomayskaya st., Moscow, 105203, Russia.

Among all forms of intestinal obstruction, colonic obstruction make 30-40 %. 93% of colonic obstruction is tumorous colonic obstruction. In this report we overview results of diagnostics and treatment of 226 patients with different rate of tumorous colonic obstruction. Results: in case of effectiveness of nonsurgical treatment, it would be well to resect a primary tumor; in case of ineffectiveness of nonsurgical treatment - would be well to form a stoma; resectable metastases in liver or lungs don't hamper the resect a primary tumor.

Key words: Colorectal cancer, colonic obstruction, colonic perforation, hemicolectomy.

Введение

Опухолевая толстокишечная непроходимость (ОТН) представляет собой синдром, обусловленный опухолевым поражением толстой кишки, ведущим патофизиологическим звеном которого является полное или частичное прекращение пассажа химуса по кишечной трубке вследствие механического препятствия. При развившемся синдроме основное заболевание отходит на второй план, а алгоритм диагностических и лечебных мероприятий определяется патогенетическими механизмами острой кишечной непроходимости.

Острая кишечная непроходимость (ОКН) составляет до 10% от всех острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Среди всех форм острой кишечной непроходимости на долю толстокишечной приходится 30-40 %. Основной причиной толстокишечной непроходимости является опухолевое поражение толстой кишки – 93% (заворот толстой кишки – 4 %, прочее – 3%). Частота послеоперационных осложнений у данной категории пациентов составляет 31,5%, а показатели ежегодной летальности достигают 16,3%. Одной из причин неблагоприятных результатов является отсутствие общепринятых стандартов в отдельных вопросах относительно тактики и объема оперативных вмешательств при осложненных формах рака толстой кишки.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением в клиниках «НМХЦ им Н.И. Пирогова» находилось 285 больных, страдающих осложненными формами колоректального рака, в период с 2002 по 2014 гг. Подавляющее число пациентов – 178 (62,5%) были пожилого и старческого возраста, опухолевый процесс у которых был отягощен сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, а также нарушениями обменных процессов. Все обследованные пациенты имели симптомы кишечной непроходимости разной степени выраженности — от признаков ОКН до явлений компенсированной или перемежающейся непроходимости. Помимо явлений кишечной непроходимости у 133 больных (46,7%) выявлены признаки вторичных осложнений основного заболевания – параколические и параканкрозные ин-

фильтраты, перфорация толстой кишки с развитием перитонита, рецидивирующие кишечные кровотечения.

Наиболее часто осложненное течение отмечено у пациентов с локализацией опухолевого процесса в левой половине ободочной кишки - 162 (56,8%). В 108 случаях (37,9%) осложненные опухоли локализовались в правой половине ободочной кишки, значительно реже (15 пациентов, 5,3%) — в поперечной ободочной кишке. При распределении больных в зависимости от онкологической стадии заболевания и клинической картины возникшего осложнения использовали классификацию НИИ проктологии (2004). У большинства оперированных пациентов - 184 (64,6%) выявлена III стадия, у 71 (24,9%) - IV стадия рака ободочной кишки, у 30 (10,5%) - II стадия. По данным гистологического исследования, основное место занимали аденокарциномы различной степени дифференциации - 78,9%, гораздо реже встречались перстневидно-клеточные и недифференцированные формы рака (9,2% и 11,9% соответственно). В 43,9% наблюдений во время оперативного вмешательства и по данным окончательного гистологического исследования было обнаружено метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов. Отдаленные метастазы выявлены у 77 (27%) обследованных с наиболее частой локализацией в печени – в 47 случаях, легких – 9, а также в виде имплантационных метастазов в других отделах ободочной кишки и органах брюшной полости – 4. Карцероматоз брюшины выявлен в 17,1% наблюдений.

Клинически, помимо симптомов кишечной непроходимости, у всех пациентов были отмечены анемия, интоксикация, гипопропротеинемия и нарушение водно-электролитного баланса. Проявления токсико-анемичного синдрома наблюдали преимущественно у пациентов с локализацией опухоли в правых отделах ободочной кишки.

Алгоритм диагностики включал в себя:

1. Первичный осмотр. Оценивалось общее состояние больного, степень выраженности клинических проявлений кишечной непроходимости, наличие признаков дополнительных осложнений (перфорация с развитием перитонита, кровотечение и др.).

2. Лабораторные исследования, ЭКГ. В анализах крови прежде всего обращали внимание на уровень анемии, лейкоцитоза, показатели белкового обмена, креатинина, мочевины, изменения электролитного состава.



3. Обзорная рентгенография органов брюшной полости, рентгенография органов грудной клетки.

4. УЗИ органов брюшной полости, малого таза, почек. Проведение и интерпретация ультразвуковой диагностики при вздутии живота и переполнении кишечника были затруднительны, что позволило лишь в 27% случаев подтвердить диагноз непроходимости кишечника и определить локализацию опухолевого процесса.

Первые четыре пункта, по нашему мнению, являются обязательными для первичной диагностики. На основании этих данных проводится оценка состояния больного, определяется дальнейшая тактика. В зависимости от уровня оснащения стационара могут выполняться дополнительные инструментальные методы исследования, позволяющие установить диагноз и определить дальнейшую тактику.

5. Компьютерная томография (КТ) органов брюшной полости, малого таза является наиболее информативным исследованием. По нашим данным КТ в 90% случаев позволила диагностировать уровень обтурации толстой кишки, месторасположение опухоли, ее размеры, степень генерализации неоплазмы в брюшной полости.

6. Эндоскопические методы – ректороманоскопия, колоноскопия – позволяют верифицировать диагноз новообразования прямой или ободочной кишки, определить уровень поражения, выраженность стеноза просвета кишки на уровне опухоли и выполнить биопсию опухоли. Экстренное эндоскопическое исследование, выполненное 83 (85,6%) больным, позволило установить факт наличия опухоли и ее локализацию лишь в 50% случаев из-за невозможности адекватной подготовки кишечника к исследованию. Противопоказанием к проведению колоноскопии явилась декомпенсированная кишечная непроходимость, сопровождающаяся диастатической перфорацией кишки, перитонитом, крайне тяжелым общим состоянием больного.

7. Рентгенконтрастные методы исследования проводились при затруднениях в диагностике кишечной непроходимости после проведения других инструментальных методов исследования органов брюшной полости (УЗИ, эндоскопическое исследование, КТ) либо при отсутствии возможности их применения. Пероральное использование рентгеноконтрастного препарата (в объеме около 50 мл) предполагает повторное (динамическое) исследование пассажа бария. Экстренная ирригоскопия позволяет выявить специфические рентгенологические признаки непроходимости опухолевой природы.

В лечении пациентов с опухолевой толстокишечной непроходимостью мы придерживались некоторых принципов.

Во-первых, сомнения в диагнозе механической кишечной непроходимости при отсутствии перитонеальной симптоматики указывают на необходимость проведения консервативного лечения, которое не должно служить оправданием необоснованной задержки хирургического вмешательства, если необходимость его проведения уже назрела.

Во-вторых, эффективность консервативной терапии снижается по мере увеличения выраженности явлений непроходимости. При компенсированной степени эффективности консервативная терапия. Декомпенсированная кишечная непроходимость требует оперативного лечения в экстренном порядке.

В-третьих, наличие рентгенологических признаков как толсто-, так и тонкокишечной непроходимости с локализацией тонкокишечных уровней и арок во всех отделах брюшной полости, а также гастростаз свидетельствуют о декомпенсированной кишечной непроходимости.

В-четвертых, сужение опухоли просвета толстой кишки до 1 см в большинстве случаев не приводит к развернутой картине острой кишечной непроходимости, при этом консервативная терапия может быть эффективна. Сужение опухоли просвета толстой кишки менее 0,4 см не позволяет разрешить непроходимость без оперативного пособия.

Помимо степени выраженности непроходимости необходимо учитывать наличие следующих вторичных осложнений, часть из которых не коррелирует со степенью выраженности кишечной непроходимости, но влияет на тактику:

- параколический и параканкротный инфильтрат с абсцедированием;
- перфорации толстой кишки в области опухолевого поражения или диастатических разрывов с развитием перитонита или параколической флегмоны;
- рецидивирующих кишечных кровотечений.

Консервативная терапия считалась эффективной при достижении положительной динамики в течение 12 часов. При отсутствии положительного эффекта от консервативного лечения, нарастании или сохранении симптомов кишечной непроходимости, показано хирургическое лечение по срочным показаниям.

Результаты и их обсуждение

При неэффективности консервативной терапии 152 (53,3%) пациента оперированы по поводу ОН в экстренном и срочном порядке. Опухоль правых отделов ободочной кишки как причина непроходимости выявлена в 50 случаях. Из них у 35 пациентов выполнили правостороннюю гемиколэктомию с наложением илеотрансверзанастомоза и интраоперационную декомпрессию тонкой кишки. Семи пациентам с локализацией нерезектабельной опухоли в печеночном изгибе были выполнены паллиативные операции – наложение илеотрансверзоанастомоза с назоинтестинальной декомпрессией зондом Миллера-Эббота. При IV стадии онкологического процесса (у 8 больных) с наличием отдаленных метастазов, но при технической возможной резектабельности опухоли считали правомочным выполнение паллиативной санационной правосторонней гемиколэктомии с первичным наложением анастомоза. При раке левой половины толстой кишки и поперечно-ободочной кишки, осложненном непроходимостью, у 88 пациентов выполнены резекции сегмента кишки со стенозирующей опухолью с последующим ушиванием дистального отрезка кишки и выведением проксимального конца в виде одноствольной колостомы по типу операции Гартмана. Одиннадцати пациентам с неоперабельной опухолью были наложены разгрузочные трансверзо- и сигмостомы. При наличии отдаленных метастазов радикальность операции становится сомнительной, даже при удалении видимых очагов поражения. Однако, паллиативные (циторедуктивные) оперативные вмешательства следует выполнять, чтобы избежать развития осложнений при нерезектабельной опухоли. Из-за запущенности онкологического заболевания в ряде случаев хирургическое вмешательство носит симптоматический характер с формированием разгрузочной колостомы. И если общие принципы хирургического лечения рака толстой кишки включают радикальность, абластичность, асептичность и создание беспрепятственного отхождения кишечного содержимого, то при срочных или экстренных операциях по поводу осложнений опухолевого процесса предпочтение следует отдавать многоэтапному лечению. На первом этапе необходимо устранить возникшие осложнения, по возможности с уда-



лением опухоли и на втором - восстановить естественный кишечный пассаж.

При отсутствии признаков перфорации, перитонита, полной окклюзии просвета кишки может быть рекомендована установка саморасширяющихся металлических стентов. В настоящее время все большее распространение получают саморасширяющиеся сетчатые системы (так называемые стенты - self-expanding metallic stents - SEMS), вводимые в просвет кишки на уровень опухоли с помощью эндоскопа. После установки стента он расширяется, раздвигая ткань опухоли, и восстанавливает свободный просвет кишечника. Нами установка подобных стентов выполнена у 3-х пациентов с наличием стенозирующей опухоли сигмовидной кишки и признаками ОКН. Разрешение кишечной непроходимости позволило избежать выполнения экстренного или срочного оперативного вмешательства, дало возможность использовать дополнительные лечебно-диагностические мероприятия для подготовки больного к плановому оперативному лечению. Пациенты были оперированы через 4-6 суток в плановом порядке. Осложнений связанных с установкой стентов не отмечено. Ликвидация острой кишечной непроходимости позволило выполнить операцию с формированием первичного анастомоза, без наложения превентивной кишечной стомы.

У 53 (18,6%) пациентов с явлениями ОТН на тактику и объем оперативного вмешательства влияло наличие вторичного осложнения в виде параканкрозных воспалительных процессов, выходящего за пределы кишечной стенки. В большинстве таких случаев (n=40) опухоль с перифокальным воспалением локализовалась в правой половине ободочной кишки, что клинически проявлялось токсико-анемичным синдромом. У 13 пациентов воспалительный процесс сопровождал опухоль селезеночного изгиба ободочной и сигмовидной кишки. У 18 больных (34%) при отсутствии симптомов перитонита, прогрессирования воспалительного процесса и разрешенных явлениях ОКН предпринята выжидательная тактика, позволившая выполнить операцию в плановом порядке после купирования воспалительного процесса путем проведения курса комплексной терапии. В 6 случаях (11,3%) предварительно производилось дренирование параканкрозных абсцессов под УЗИ-наведением с последующим выполнением операции в плановом порядке. На объем плановых оперативных вмешательств (24 пациента 45,3%) влияло наличие остаточных воспалительных изменений с распространением инфильтрации на брыжейку и окружающие ткани, что обусловило необходимость выполнения расширенной правосторонней гемиколэктомии в 15 случаях, и расширенной левосторонней гемиколэктомии с наложением первичного анастомоза в 9 случаях. 29 (34,7%) больным с клиникой ОКН и параканкрозными воспалительными процессами были выполнены экстренные оперативные вмешательства. При локализации опухоли в правых отделах, печеночном изгибе, правой трети поперечной ободочной кишки с распространением воспалительной инфильтрации на брыжейку у 25 произведена расширенная правосторонняя гемиколэктомия. При левосторонней локализации в 4 случаях в экстренном порядке выполняли операцию типа Гартмана, так как наличие параканкрозных абсцессов в зоне оперативного вмешательства не позволяло сформировать надежный толстокишечный анастомоз. У 5 (9,4%) пациентов пришлось выполнить расширенные операции с резекцией вовлеченной в опухолевый процесс петли тонкой кишки. Несмотря на значительную местную распространенность опухолевого процесса мета-

стазы в регионарных лимфатических узлах были обнаружены лишь у 32,6% пациентов. Чаще увеличение регионарных лимфатических узлов носило воспалительный характер, что определяло возможность выполнения радикальной операции.

Перфорацию кишечной стенки в зоне опухоли и диастатическую перфорацию проксимальнее опухоли на фоне ОТН наблюдали у 44 (15,4%) больных. Значительно чаще это осложнение развивалось при поражении левых отделов ободочной кишки (n=39, 88,6%), с перфорацией опухоли вследствие ее распада (n=31). У 5 (11,4%) больных опухоль с перфорацией локализовалась в правых отделах ободочной кишки. Перфорация вне зоны опухоли от пролежня каловым камнем или перерастяжения кишечной стенки при obturatorной непроходимости выявлена у 8 больных. Обнаруженные осложнения позволяют предполагать, что ведущим этиологическим фактором при диастатической перфорации кишки являются сосудистые расстройства стенки кишки, тогда как основной причиной перфорации самой опухоли явились, в основном, деструктивные изменения в этой зоне. Чаще (77,8%) мы наблюдали перфорации при эндофитном росте опухоли. Во всех случаях перфорации обнаружены при III и IV стадии заболевания, преимущественно у пациентов пожилого и старческого возраста. Во всех случаях оперативные вмешательства были выполнены в экстренном порядке. При перфорации самой опухоли, расположенной в левой половине ободочной кишки, 36 пациентам выполнили обструктивные резекции типа операции Гартмана. «Прикрытые» перфорации опухоли и ограниченный характер перитонита при правосторонней локализации позволили у 2 пациентов выполнить правостороннюю гемиколэктомию. Трём больным с распространенным раковым процессом (IV стадия) произведены паллиативные операции (наложение трансверзостомы с выведением участка диастатической перфорации стенки кишки). При запущенном распространенном каловом перитоните вследствие перфорации опухоли слепой кишки и печеночного изгиба 3-м больным выполнена санационная правосторонняя гемиколэктомия с выведением обоих резецированных концов кишки на переднюю брюшную стенку в виде трансверзо- и илеостомы. Всем оперированным больным в обязательном порядке выполнялась назоинтестинальная интубация тонкой кишки зондом Миллера-Эббота. В случаях запущенного распространенного калового перитонита операция завершалась временным закрытием лапаротомной раны на «вентрофилах» с последующим осуществлением программных санирующих релапаротомий. Все эти больные требовали интенсивного дезинтоксикационного и антибактериального лечения в условиях реанимации с подключением методов экстракорпоральной детоксикации.

Кишечные кровотечения являются нередким осложнением рака ободочной кишки. Мы наблюдали 36 (12,6%) больных с признаками кишечного кровотечения на фоне ОТН. Из них 13 (36,1%) с профузными и 23 (63,9%) с рецидивирующими кровотечениями из опухолей толстой кишки на фоне явлений перемежающихся явлений ОТН. Локализация опухолей, явившихся источником профузного кровотечения, по нашим данным, отмечена в левой половине ободочной кишки (92%), тогда как рецидивирующие кровотечения чаще локализовались в правой половине толстой кишки (соответственно – 8%). Половина пациентов этой группы (n=19, 52,8%) поступила в стационар с анемией тяжелой степени и требовала заместительных гемотрансфузий. В экстренном порядке были оперированы 14 пациентов. В



связи с отсутствием эффекта от гемостатической терапии и невозможностью выполнения эндоскопического гемостаза 6 пациентов с профузным кишечным кровотечением опухолевого генеза были оперированы по жизненным показаниям в ургентном порядке (правосторонняя гемиколэктомия выполнена 2 пациентам, резекция сигмовидной кишки – 4). Крайне тяжелое состояние двух пациентов старческого возраста с анемией тяжелой степени позволило выполнить только паллиативные резекции сигмовидной кишки с кровотокающей опухолью по типу операции Гартмана.

Осложнения наблюдали у 61 пациента, что составило 21,4%. Всего у 61 пациента отмечено 71 осложнение различного характера, что обусловлено наличием 2-х и более осложнений у одного пациента (7 наблюдений) (табл. 1). Большинство осложнений носило гнойно-септический характер. Нагноение послеоперационной раны – наиболее частое осложнение, отмечено в 39 случаях. Пневмония – второе по частоте осложнение – выявлена у 13 пациентов в послеоперационном периоде. Гнойно-септические осложнения наиболее часто наблюдались у пациентов, оперированных в экстренном порядке на фоне параканкротических абсцессов и перитонита. Геморрагические осложнения отмечены в 8 случаях. В 5 из них в послеоперационном периоде отмечено желудочно-кишечное кровотечение из острых язв желудка и двенадцатипёрстной кишки – осуществлен эндоскопический гемостаз. В 3-х случаях отмечено развитие послеоперационного внутрибрюшного кровотечения, потребовавшего выполнения повторной операции с остановкой кровотечения. В 11 случаях выявлена сосудистые и эмболические осложнения – у 4 пациентов ТЭЛА и острая коронарная и сердечно-сосудистая недостаточность в 7 случаях. Следует отметить, что несостоятельности анастомозов не отмечено,

что было обусловлено правильно выбранным объемом оперативного вмешательства в каждом случае.

Общая летальность составила 4,2 % (12 случаев). При анализе осложнений и летальных исходов следует отметить, что наиболее тяжелую группу пациентов (n=27) составили больные с запущенными формами колоректального рака, у которых перечисленные осложнения сочетались, значительно увеличивая риск хирургического вмешательства. У 15 из них отмечено сочетание острой кишечной непроходимости и разлитого перитонита, у 12 больных острая кишечная непроходимость сочеталась с перфорацией опухоли (8 пациентов), в 4 случаях с образованием «диагностических» дилатационных перфораций стенки кишки. Несмотря на выполнение экстренных оперативных вмешательств результаты лечения в этой группе пациентов оказались наименее эффективными: осложнения составили 52,4%, летальность – 25,1 % на фоне полиорганной недостаточности и прогрессирования перитонита. Вторую тяжелую группу больных (n=31) составили пациенты, которым потребовалось выполнение расширенных резекций толстой кишки из-за распространения и врастания опухоли в тонкую кишку или наличия синхронных опухолей. В этой группе больных послеоперационные осложнения составили 49,7 %, причем в основном за счет тяжелой сопутствующей патологии (сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность), а летальность – 9% (у 2 больных – инфаркт миокарда, у 1 пациента – ТЭЛА). Больным этой группы были выполнены субтотальная гемиколэктомия – 4, правосторонняя гемиколэктомия в сочетании с резекцией сигмовидной кишки по типу операции Гартмана – 11, субтотальная гемиколэктомия с асцендентостомой – 6, резекция сигмовидной кишки с резекцией участка тонкой кишки – 10.

Таблица 1.

Послеоперационные осложнения у обследованных пациентов

Осложнения	Абс.	%
Нагноение послеоперационной раны	39	54.9
Пневмония	13	18.3
Желудочно-кишечное кровотечение	5	7.1
Внутрибрюшное кровотечение	3	4.2
Тромбоэмболия легочной артерии	4	5.6
Острая сердечно-сосудистая и коронарная недостаточность	7	9.9
Всего	71	100

Выводы

При эффективности консервативного лечения и стабилизации состояния пациента, а также при наличии благоприятных условий (резектабельность, отсутствие диссеминированных форм канцероматоза, перитонита, переносимость операции, наличие хирурга соответствующей квалификации) следует стремиться к удалению первичной опухоли (независимо от стадии заболевания).

При неэффективности консервативных мероприятий и нарастании явлений кишечной непроходимости

показано формирование проксимальной разгрузочной илео- или колостомы при отсутствии таких осложнений со стороны первичной опухоли, как перфорация, абсцедирование, кровотечение, а также диагностических разрывов и перфорации отделов ободочной кишки, расположенных проксимальнее злокачественного новообразования. После стабилизации состояния больного выполняется резекции толстой кишки с соблюдением онкологических принципов.

Отсутствие эффекта от предоперационного консервативного лечения у больных с кишечной непроходимостью и другими жизненно опасными осложнениями со сторо-



ны опухоли, такими как перфорация, абсцедирование, кровотечение, диастатические разрывы и перфорация проксимально расположенных отделов является показанием к резекции толстой кишки как ликвидации причины перитонита. При расположении новообразований в правых отделах ободочной кишки выполняется операция по типу Лахей, при левосторонней локализации – резекция толстой кишки по типу операции Гартмана. При наличии ишемических и некротических изменений кишечной стенки, перфорации проксимально расположенных отделов ободочной кишки, должна производиться ее резекция в пределах неизмененных тканей.

Резектабельные метастазы в печень и легкие не являются противопоказанием к удалению первичной опухоли. Предпочтительным способом завершения резекции толстой кишки, предпринимаемой по поводу опухолевой непроходимости, является формирование одноствольной коло- или илеостомы. Одномоментное восстановление кишечной трубки допустимо лишь при формировании тонко-толстокишечного анастомоза в условиях специализированного стационара при наличии хирурга соответствующей квалификации и особо благоприятной клинической ситуации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров Н.Н., Лыткин М.И., Петров В.П. и др. Неотложная хирургия при раке толстой кишки. Минск: Беларусь, 1980. - С. 18-27.
2. Ачкасов Е.Е. П.А.В., Алекперов С.Ф., Шкода А.С., Беляев Л.Б., Волков В.С., Крутилина О.В., Калачёв О.А. Классификация обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза // Колопроктология. 2009. Т. 3. — С. 17-23.
3. Воробьев Г.И., Саламов К.Н., Жученко А.П., Кузьминов А.М., Шамсиев Г.Х., Корняк Б.С.. Диагностика перифокального воспаления при раке ободочной кишки. // Вопросы онкологии. - 1991. - т. 37. - № 9 - 10.-С. 973 -977.
4. Ермолов А.С., Рудин Э.П., Оюн Д.Д. Выбор метода хирургического лечения обтурационной непроходимости при опухолях ободочной кишки. // Хирургия. - 2004. - № 2. - С. 4-7.
5. Ерюхин И.А., Петров В.П., Ханевич М.Д. Кишечная непроходимость/ — СПб.: Питер, 1999. — 448 с
6. Жученко А.П.. Комбинированное лечение распространенных форм рака ободочной кишки. // Автореф. дисс...докт. Мед. наук. - М., 2007. -47 с.
7. Кишечная непроходимость опухолевой этиологии. Клинические рекомендации ГНЦ Колопроктологии/ Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы колопроктологии - Смоленск, 2014. - 25 с.
8. Клиническая оперативная колопроктология: Руководство для врачей / под ред. академика РАМН Федорова В. Д., члена-корреспондента РАМН Воробьева Г. И., проф. Ривкина В. Л. — М.: ГНЦ проктологии, 1994. — 432 с.
9. Клиническая хирургия. Национальное руководство/ под ред. акад. РАН и РАМН В.С. Савельева, чл.-кор. РАМН А.И. Кириенко - ГЭОТАР-Медиа - 2009 г. - том II - стр. 229-256
10. Петров В.П., Лазарев Г.В., Китаев А.В. и др. Современные подходы к хирургическому лечению колоректального рака. В сб.: Проблемы колопроктологии. Вып. 18. М. - 2002. - С. 329 - 394.
11. Резолюция Всероссийской конференции «Современные возможности хирургического, комбинированного и комплексного лечения колоректального рака». // Хирургия. - 2004. - № 6. - С. 56 - 57.
12. Резолюция IУВсероссийского съезда колопроктологов. // Клинические технологии. - 2009 - С. 8 - 9.
13. Топузов Э.Г., Плотников Ю.В., Абдулаев М.А. Осложненный рак ободочной кишки: Диагностика, лечение, реабилитация. - СПб. - 1997. -154 с.
14. Частная хирургия/ под ред. акад. РАМН проф. Ю. Л. Шевченко. - СПб: СпецЛит, 2000. - том 2 — стр. 249-262
15. Berger A., Tiret E., Cunnigham C. et al. Rectal excision and colonic pouch-anal- anastomosis for rectal cancer. Dis. Colon Rectum. - 1999 - Vol. 42, N 10. - P. 1265 - 1271
16. Borner M. Phase II study of capecitabin + oxaliplatin in first line and second line treatment of advanced or metastatic colorectal cancer. Proc. ASCO. - 2001. - Vol. 20. - Abstr. 67
17. Cirocchi R., Farinella E., Trastulli S., Desiderio J., Listorti C., Boselli C., Parisi A., Noya G., Sagar J. Safety and efficacy of endoscopic colonic stenting as a bridge to surgery in the management of intestinal obstruction due to left colon and rectal cancer: a systematic review and meta-analysis // Surg Oncol. 2013. Т. 22. № 1. — С. 14-21.
18. Kopponen K., Eskelinem M., Kosma V. et al. Comparison of classic and quantitative prognostic factors in colorectal cancer. Anticancer Res. - 1996. - Vol. 16, N 66. - P. 3875 - 3882.
19. Lee Y.M., Law W.L., Chu K.W., Poon R.T. Emergency surgery for obstructing colorectal cancers: a comparison between right-sided and left-sided lesions // J Am Coll Surg. 2001. Т. 192. № 6. — С. 719-25.
20. Tan K.K., Sim R. Surgery for obstructed colorectal malignancy in an Asian population: predictors of morbidity and comparison between left- and rightsided cancers. - J Gastrointest. Surg. - 2010. - 14(2). - p. 295-302.
21. Uematsu D., Akiyama G., Magishi A., Sano T., Niitsu H., Narita M., Komatsu H. Laparoscopic Hartmann's procedure for fecal peritonitis resulting from perforation of the left-sided colon in elderly and severely ill patients // Tech Coloproctol. 2012. Т. 16. № 3. — С. 243-6.

ПОСТУПИЛА: 06.04.2015