

УДК 616.345-007.272-089 (575.2) (04)

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

И.Е. Сурлевич – соискатель,
Э.Х. Акрамов – докт. мед. наук

A surgical treatment mode of obturation large intestinal obstruction has been proposed in the article. The research is based on the results collected from the treatment of 29 patients having cancer of the left hand side part of colon complicated by the obturation large intestinal obstruction. There were ten male and nineteen female cases.

Лечение больных с осложненными формами рака ободочной кишки до настоящего времени представляет сложную проблему, несмотря на значительные успехи в хирургии, анестезиологии и реаниматологии.

Обтурационная кишечная непроходимость является наиболее частым осложнением рака ободочной кишки. По литературным данным, частота развития кишечной непроходимости у таких больных составляет 10–60% случаев. Столь выраженные различия во многом обусловлены поступлением больных с осложненным течением опухолевого процесса не в специализированные учреждения, а в общехирургические.

Обтурационная кишечная непроходимость, обусловленная раком ободочной кишки, развивается значительно чаще при локализации опухолевого процесса в левой половине ободочной кишки. Кишечная непроходимость возникает на фоне запоров, чередующихся обильным зловонным жидким стулом. В случаях декомпенсированной кишечной непроходимости к расстройству функций желудочно-кишечного тракта довольно быстро присоединяются метаболические и волевические расстройства, приводящие к нарушению жизненно важных функций органов и систем.

В литературе до сих пор не существует единого мнения относительно тактики хирургического лечения больных с данным заболеванием. Вопрос выбора хирургического метода

при правосторонней локализации опухоли является практически решенным. При удалении опухоли большинство хирургов высказывают мнение о первично-радикальном оперативном вмешательстве – правосторонней гемиколэктомии, которая предусматривает одновременное устранение кишечной непроходимости и удаление участка кишки с опухолью и восстановлением непрерывности желудочно-кишечного тракта путем наложения илиотрансверзоанастомоза.

Продолжающаяся на протяжении многих десятилетий полемика относительно выбора метода операции при левосторонней локализации обтурирующей опухоли далека еще от своего окончательного завершения [1–5].

Методом выбора в такой ситуации является операция Гартмана, данный вид оперативного вмешательства отличается от других одноэтапностью ликвидации кишечной непроходимости и удаления опухоли. Однако в этом случае больные длительное время находятся на инвалидизации. На втором этапе лечения (восстановление непрерывности желудочно-кишечного тракта) возможно развитие послеоперационных осложнений, а также с повторными материальными затратами (что очень остро ощущается в настоящее время).

По нашему мнению, при обтурационной толстокишечной непроходимости, вызванной опухолью левой половины ободочной кишки, наиболее целесообразно одноэтапное опера-

тивное вмешательство, т.е. первичная резекция участка кишки с опухолью и наложение толсто-толстокишечного анастомоза.

Комплексная предоперационная подготовка, интраоперационная декомпрессия кишечника, наложение инвагинационного анастомоза и тщательная послеоперационная коррекция, по нашему мнению – основные моменты, на которые следует обратить внимание хирургу и анестезиологу-реаниматологу при одномоментной резекции толстой кишки с сохранением естественного пассажа кишечного содержимого.

Терапия в предоперационном и послеоперационном периодах должна быть направлена на коррекцию гемодинамических, волевых, электролитных расстройств, электролитных сдвигов. Особое значение приобретают дезинтоксикационная и антибактериальная терапия.

Интраоперационную декомпрессию кишечника проводили следующим образом: после мобилизации участка кишки с опухолью жесткий зажим накладывался ниже опухоли, кишку отсекали. После дополнительной изоляции пеленками брюшной полости мобилизованную кишку выводили за пределы операционной раны и погружали в полиэтиленовый мешок. Ассистент, не являющийся членом операционной бригады, вскрывает выведенную кишку. Деконтоминацию осуществляют методом “выдаивания” кишечного содержимого из проксимальных отделов в дистальные, а затем наружу. При необходимости просвет кишечника отмывают до чистых вод.

После декомпрессии кишечника наложение анастомоза значительно облегчается, поскольку оба ряда швов представлены серозно-мышечными швами. С целью предупреждения инфицирования шовного материала и шовного канала, а соответственно образования микроабсцессов, которые являются одной из основных причин несостоятельности швов анастомоза, слизистую не промывали.

В хирургических отделениях Чуйской областной больницы с 1996 по 1998 гг. оперировано 29 больных раком левых отделов ободочной кишки, осложненного обтурационной толстокишечной непроходимостью. Мужчин было 10, женщин – 19, до 40 лет был один больной, от 40 до 49 – пять, от 50 до 59 – че-

тыре пациента, от 60 до 69 – девять, старше 70 – десять.

Распределение по локализации опухоли

Локализация	Кол-во больных
Прямая кишка	2
Ректосигмоидный отдел	3
Сигмовидная кишка	13
Нисходящая ободочная кишка	6
Селезеночный изгиб	5

Случаев несостоятельности швов анастомоза не было. Летальность составила 6,9% случаев, или двое больных. Причинами смерти в одном случае явилась тромбоэмболия легочной артерии, во втором – острая сердечно-сосудистая недостаточность.

На основании отмеченного выше, считаем, что при комплексной предоперационной подготовке, проведении интраоперационной декомпрессии кишечника, наложении инвагинационного “асептического” толсто-толстокишечного анастомоза и тщательной коррекции послеоперационного периода при обтурационной толстокишечной непроходимости, вызванной раком левой половины ободочной кишки, методом выбора должна являться первичная резекция участка толстой кишки с опухолью и наложение толсто-толстокишечного анастомоза.

Литература

1. Алиев С.А. Обтурационная кишечная непроходимость при раке толстой кишки // Клиническая хирургия. – 1989. – №5. – С. 61.
2. Блохин Н.Н. Диагностика и лечение рака ободочной и прямой кишки. – М.: Медицина, 1981. – 255 с.
3. Воробьев Г.И., Одарюк Т.С., Шельгин Ю.А. Диагностика и лечение рака толстой кишки // Русск. мед. журн. – 1998. – Т. 6. – №19.
4. Мищенко Т.Н. Имеет ли право на жизнь резекция кишечника с наложением анастомоза на фоне кишечной непроходимости различного генеза? // Материалы IV Чуйск. областн. научн.-практич. конф. – Бишкек, 1998. – С. 68–70.
5. Петров В.П. Лечение обтурационной непроходимости, обусловленной раком толстой кишки // Хирургия. – 1983. – №3. – С. 45–49.