

**ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ
ХВОРИХ НА КОЛОРЕКТАЛЬНИЙ РАК, УСКЛАДНЕНИЙ
ГОСТРОЮ КИШКОВОЮ НЕПРОХІДНІСТЮ**

*Шевченко В.П., доцент; Мисловський І.Д., Соколов Ю.І., Братушка В.О.
СумДУ, медичний інститут, кафедра загальної хірургії
Сумська обласна клінічна лікарня*

Захворюваність на колоректальний рак, (КРР) має стабільну тенденцію до росту в більшості економічно розвинутих країнах і в Україні. Гостра обтураційна кишкова непрохідність (ГОКН) складає до 80% в структурі ускладнень КРР, а післяопераційна летальність сягає 17-47%. Не зважаючи на більш ніж сторічну історію хірургічного лікування ГОКН пухлинного генезу, питання вибору об'єму і методики операції залишаються дискусійними і потребують подальшого вивчення. Проаналізовано результати лікування 147 хворих на КРР, ускладнений ГОКН за період 1993-2006 рр. Середній вік – 61,4 років. Чоловіків – 53,7%. У всіх госпіталізованих хворих були поширені стадії злоякісного процесу: III – у 101 (68,7%), IV- у 46 (31,3%). При гістологічному дослідженні пухлин у 96% - аденокарциноми різного ступеню диференціювання, у 30% - низькодиференційована і анапластична. У 64 (43,6%) ГОКН ускладнилась розвитком перфорації пухлини, перитонітом або кровотечею. Радикальні операції виконані у 89 (60,5%), паліативні – у 58 (39,5%). Правобічна геміколонектомія – 32, резекція поперечноободової кишки – 13, лівобічна геміколонектомія – 11, обструктивна резекція за Гартманом – 28, резекція сігми – 5. Принциповим при екстрених операціях було вирішення трьох задач: ліквідація ГОКН, видалення злоякісної пухлини, забезпечення онкологічного радикалізму. Сучасна тенденція в лікуванні КРР заключається у використанні резекційних методів з формуванням первинного анастомозу (ПА), стримуючий фактор - можливість розвитку неспроможності анастомозу (НА) з наступною летальністю 32- 100%. Вирішуючи питання про можливість формування ПА ми враховували ступінь компенсації ГОКН, стан стінки кишки, наявність перитоніту, загальний стан хворих. ПА сформовано у 43 (57,5%) хворих, для профілактики НА проводили інтраопераційну ірригацію кишечника, ретроперитонеальне розташування анастомозу, накладання превентивної апендицеостомии (10), використання У-подібних анастомозів за Майдлем (15). Після операції померли 36 хворих. При цьому післяопераційна летальність після радикальних операцій рівнялась 15,7%, і була суттєво нижчою, чим після паліативних – 43,5%. НА спостерігалось у 5 (11,6%). У хворих з превентивною апендицеостомією це ускладнення не спостерігалось. Таким чином, хворі з ГОКН госпіталізуються в більшості з розповсюдженими стадіями раку, виконання радикальних операцій можливе лише у 60% хворих. При вирішенні питання про формування ПА необхідний індивідуальний підхід і використання всіх можливих способів профілактики його неспроможності.