

ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ

Шифр МКБ10: С 17, С 18, С 19, С 20

Оказание помощи на догоспитальном этапе

Все больные острой кишечной непроходимостью (ОКН) и подозрением на наличие этого заболевания подлежат немедленному направлению в лечебное учреждение, имеющее лицензию на оказание первичной, специализированной медицинской помощи по хирургии в условиях стационара, при наличии условий оказания помощи в круглосуточном режиме.

Направление таких больных в иные стационары может быть оправдано лишь констатацией врачом СМП нетранспортабельности пациента. В данной ситуации информацию о пациенте следует передать для дальнейшего ведения в ближайший хирургический стационар или специализированный центр по оказанию неотложной хирургической помощи (Региональный центр санитарной авиации, Территориальный центр медицины катастроф, областная больница и т.п.), специалисты которого должны определить объем необходимой интенсивной терапии для стабилизации состояния больного.

При положительной динамике больной будет транспортирован в ближайшее хирургическое отделение (санитарный транспорт класса «С»). При отсутствии эффекта пациента следует оперировать силами выездной хирургической бригады.

О случаях отказа от госпитализации и самовольного ухода из приемного отделения следует информировать поликлинику по месту жительства пациента с назначением активного вызова хирурга на дом.

— Транспортировка таких больных должна осуществляться в положении «лежа» на носилках, на догоспитальном этапе противопоказано применение местного тепла, клизм и слабительных препаратов. При тяжелом состоянии пациента во время транспортировки проводится инфузионная терапия.

— О случаях отказа от госпитализации и самовольного ухода из приемного отделения следует информировать поликлинику по месту жительства

больного с назначением активного вызова врача на дом.

Стандарты диагностических мероприятий в приемном отделении стационара.

Минимум диагностических исследований для исключения острой кишечной непроходимости (отказ в госпитализации в приемном отделении)

1. Термометрия, измерение пульса и артериального давления.
2. Обследование мест типичного расположения грыж брюшной стенки.
3. Аускультация и перкуссия живота.
4. Пальцевое ректальное исследование.
5. Лабораторные исследования: содержание лейкоцитов, эритроцитов и гемоглобина в периферической крови (общий анализ крови), анализ мочи (физикохимические свойства, микроскопия осадка), биохимический анализ крови (глюкоза, билирубин, амилаза, мочевины).
6. Инструментальные исследования: обзорная рентгенография брюшной полости (всем больным) и грудной клетки (по клиническим показаниям), ЭКГ (лицам старше 40 лет и при наличии клинических показаний).

Минимум диагностических исследований при госпитализации больного

1. Термометрия, измерение пульса и артериального давления.
2. Обследование мест типичного расположения грыж брюшной стенки.
3. Аускультация и перкуссия живота.
4. Пальцевое ректальное исследование
5. Выведение содержимого из желудка толстым зондом.

Лабораторные исследования: Лабораторные исследования: содержание лейкоцитов, эритроцитов и гемоглобина в периферической крови (общий анализ крови), анализ мочи (физикохимические свойства, микроскопия осадка), биохимический

анализ крови (глюкоза, билирубин, амилаза, мочеви́на), группа крови и Rh фактор, кардиолипидная реакция (RW), по показаниям — креатинин, электролиты крови и КЩС, общий белок.

Специальные исследования: обзорная рентгеноскопия (рентгенография) брюшной полости, рентгенография грудной клетки (по клиническим показаниям), ЭКГ (лицам старше 40 лет и по клиническим показаниям), УЗИ органов брюшной полости (локализация спаек, состояние петель кишечника и их перистальтика, выпот, кровоток в кишечной стенке), КТ или МРТ (по клиническим показаниям).

Осмотр больного терапевтом и анестезиологом-реаниматологом в приемном покое.

Предельный срок пребывания больного в приемном покое — 2 часа. В случаях когда в течение этого времени не удастся исключить наличие острой кишечной непроходимости, пациент должен быть госпитализирован в хирургический стационар. В приемном покое должен быть сформирован развернутый диагноз с указанием основной нозологической единицы, формы кишечной непроходимости, выявленных или предполагаемых осложнений (перитонит, гангрена или перфорация кишки, гиповолемический или бактериальный шок). Главной задачей дифференциальной диагностики в приемном покое хирургического стационара при наличии признаков ОКН является выделение больных, которым показано неотложное хирургическое вмешательство.

Оказание помощи в стационаре

Острая кишечная непроходимость (ОКН) опухолевой этиологии относится к обтурационной кишечной непроходимости (без участия брыжейки) и в подавляющем числе случаев является толстокишечной. К развитию данного синдрома прежде всего могут приводить злокачественные новообразования ободочной кишки, злокачественные новообразования ректосигмоидного соединения и злокачественные новообразования прямой кишки. Значительно реже ОКН опухолевой этиологии бывает вызвана злокачественными новообразованиями тонкой кишки и доброкачественными опухолями.

Примеры формулировки диагноза в приемном покое:

Рак сигмовидной кишки, осложненный острой обтурационной толстокишечной непроходимостью.

Рак восходящей ободочной кишки, осложненной острой обтурационной толстокишечной или толсто-тонкокишечной непроходимостью.

Рак нисходящей ободочной кишки, осложненной обтурационной толстокишечной непроходимостью.

Более подробная формулировка развернутого диагноза с использованием международной классификации по системе TNM в приемном покое возможна:

- на основании имеющейся у больного медицинской документации, содержащей данные

специальных методов исследования и осмотра онколога;

- в случаях точной верификации основного процесса и выявления при обследовании в приемном покое признаков метастазирования в лимфоузлы и / или другие органы.

Во всех остальных случаях формулировка развернутого диагноза с использованием международной классификации TNM проводится на этапе формирования клинического диагноза (в стационаре).

Особенности диагностики острой толстокишечной непроходимости опухолевой этиологии в приемном покое (основные — см. раздел «Острая кишечная непроходимость»):

Дополнительные диагностические мероприятия: (см. выше)

- ректороманоскопия;
- ирригоскопия или фиброколоноскопия;
- Рo графия грудной клетки (исключить «М»);
- УЗИ брюшной полости, почек и забрюшинного пространства (лимфоузлы, «М», прорастание, местные осложнения);
- УЗИ малого таза (при подозрении на прорастание в органы малого таза);
- ФГДС (при подозрении на прорастание опухоли в поперечной ободочной кишки в желудок).

- при наличии технической возможности — КТ или МРТ ((лимфоузлы, «М», прорастание, местные осложнения, подозрение на прорастание в органы малого таза);

При проведении обзорной рентгенографии брюшной полости необходимо помнить, что опухоли правой половины толстой кишки (слепой, восходящей и правого изгиба) имеют рентгенологические признаки тонкокишечной непроходимости.

При признаках толстокишечной непроходимости нерациональным является проведение пассажа бария по кишечнику с введением его *per os*. В этих случаях диагностический процесс начинается с фиброколоноскопии или ирригоскопии.

Особенности развития патологического процесса при опухолевой толстокишечной непроходимости.

Наиболее характерно стертое, медленно прогрессирующее начало с возникновением сначала функциональных расстройств (копростаз), затем хронической рецидивирующей и, далее, острой кишечной непроходимости.

Острое начало может быть обусловлено обтурацией суженного участка каловым камнем.

Последствия секвестрации кишечных секретов в просвете выражены менее остро, поскольку частично сохранены резорбции в нижних отделах пищеварительного тракта.

Паралитический компонент непроходимости (в приводящей петле) в той или иной степени выражен у большинства пациентов.

В запущенных случаях, также как и при неопухолевой обтурационной ОКН) к нему присоединяются ишемические расстройства кишечной стенки (расстройства микроциркуляции, некрозы слизистой оболочки, расслоение серозно-мышечных слоев и т.п.). Последствия этих изменений могут оказаться фатальными при выполнении колостомии, экзостомных резекциях и т. п.

Инфекционно-воспалительные осложнения, как следствие перфорации (микрופерфорации) опухоли или приводящих отделов толстой кишки.

- Инфильтрат брюшной полости
- Межпетлевой абсцесс
- Абсцесс брыжейки кишки
- Абсцесс или флегмона забрюшинного пространства.
- Местный неотграниченный или распространенный перитонит

Для неотграниченных осложнений характерны ранняя и массивная бактериальная загрязненность, явления септического шока и тяжелое прогрессирующее течение.

Манифестация патологического процесса при опухолевой ОКН может быть «смазана» или замаскирована другими проявлениями прогрессирования опухолевого процесса в толстой кишке:

- Метастазирование — по брюшине, в печень, легкие, кости, поджелудочную железу.
- Кишечное кровотечение — в сочетании с ОКН встречается редко и бывает незначительным по тяжести кровопотери. Более характерна сопутствующая хроническая анемия смешанного генеза.
- Прорастание опухоли в полые органы с формированием свищей (тонкотолстокишечных, толстокишечножелудочных, толстокишечнопузырных, толстокишечновагинальных) — редкие осложнения, требующие соответствующих методов диагностики. При их возникновении симптомы острой кишечной непроходимости могут спонтанно регрессировать.

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА

Установленный диагноз опухолевой толстокишечной непроходимости до угрозы деструкции кишечной стенки и развития неотграниченных инфекционно-воспалительных осложнений является показанием к проведению пробного консервативного лечения.

- голод;
 - покой;
- Элементами консервативного лечения являются:
- постоянная декомпрессия желудка через назогастральный зонд (при наличии клинико-рентгенологических признаков тонкокишечной непроходимости);
 - внутримышечное введение спазмолитиков;
 - инфузия кристаллоидных растворов и растворов глюкозы (коррекция водно-электролитных нарушений);
 - очистительные (сифонные) клизмы.
- Возможно эндоскопическое стентирование.
- Н.В.** При толстокишечной ОКН запрещается применение слабительных препаратов и стимуляция перистальтики кишечника

Очистительные клизмы: объем до 1000 мл, производятся при локализации процесса в левых

отделах и поперечноободочной кишке с целью подготовки к ирригоскопии или колоноскопии.

При положительном эффекте (отхождение газов, кала и уменьшении вздутия живота) могут быть продолжены как лечебное мероприятие с кратностью 3 — 4 раза в сутки (в течение первых 2-х суток).

Сифонные клизмы проводятся при той же локализации процесса и могут заменить очистительные клизмы при положительной клинической динамике. Проводятся, как правило, после очистительной клизмы с положительным эффектом для одномоментной разгрузки вышележащих отделов.

Н.В.: Нецелесообразно проведение очистительных клизм при локализации процесса в дистальных отделах прямой кишки.

Сифонная клизма является врачебной манипуляцией.

Критерии эффективности консервативной терапии.

Клинические — улучшение общего состояния пациента, уменьшение болей, отхождение газов и кала, уменьшение перистальтики кишечника и «шума плеска».

Рентгенологические — явное сокращение числа и высоты, исчезновение кишечных уровней жидкости (контроль через каждые 6 — 8 часов).

Консервативная терапия считается эффективной при достижении положительной динамики в течение первых 12 часов.

При положительной динамике целесообразно проведение фиброколоноскопии с биопсией для верификации онкологического процесса.

Показания к неотложному хирургическому вмешательству:

- Неэффективность консервативной терапии: отсутствие эффекта от проводимых консервативных мероприятий, подтвержденное клиническими и рентгенологическими данными в течение первых 6 — 12 часов.

- Перитонит и признаки ишемических изменений в страдающей кишечной стенке.

Предоперационная подготовка

1. Опорожнение и декомпрессия верхних отделов желудочнокишечного тракта

Опорожнение мочевого пузыря

Антибиотикопрофилактика инфекционных осложнений (см. приложения)

Интенсивная терапия волевических и водно-электролитных расстройств (при их наличии)

5. Профилактика тромбоэмболических расстройств (см. приложения).

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОПЕРАЦИИ

Метод выбора — общее обезболивание с искусственной вентиляцией легких. В ряде случаев при выполнении местного доступа для формирования колостомы или илеостомы проксимальнее опухоли применяется местная анестезия + седация или спинальная (эпидуральная) анестезия.

Хирургическое лечение

Первоочередной задачей хирургического лечения является ликвидация кишечной непроходимости и сохранение жизни пациенту.

Хирургическое лечение должно осуществляться с учетом тяжести состояния пациента, объема и распространенности опухолевого процесса, степени выраженности кишечной непроходимости и наличия осложнений.

Все этапы вмешательства должны осуществляться с соблюдением принципов асептики и абластики.

При наличии распространенного перитонита, тяжелого абдоминального сепсиса хирургическое лечение должно соответствовать стандартам лечения перитонита и сепсиса. Аналогичная тактика должна применяться при ранних операциях, предпринятых при наличии признаков калового обсеменения брюшной полости и септического шока, до возникновения развернутых признаков перитонита.

При запущенной непроходимости с развитием тяжелых расстройств микроциркуляции и некротическими изменениями кишечной стенки операцией выбора для стационаров любого уровня является разгрузочная колостомия или операция типа Гартмана с удалением опухоли и нежизнеспособного участка толстой кишки (при предполагаемой переносимости такой операции).

При отсутствии признаков признаков септического шока, обусловленного массивной бактериальной загрязненностью брюшной полости, перитонита и некротических изменений в стенке кишки выбор конкретной хирургической тактики должен осуществляться с учетом реальной технической оснащенности

хирургического стационара, специализации, опыта и квалификации хирурга.

1. В общей сети неспециализированных хирургических стационаров при хирургическом лечении целесообразно ограничивать объем первичной операции двустольной петлевой колостомией или петлевой илеостомией по Торнболлу. При наличии возможности предоперационной локализации опухолевого процесса и уровня непроходимости это вмешательство лучше выполнять из минилапаротомного доступа или лапароскопическим методом.

Подобное вмешательство легко переносится больными, сопровождается минимальным риском раневых осложнений и может быть выполнено хирургом, не имеющим специализации по колопроктологии.

В этом случае основной этап хирургического лечения (в том числе, радикальное вмешательство с адекватной лимфодиссекцией и восстановлением естественного пассажа содержимого по толстой кишке) может быть выполнен в ранние сроки (через 2 — 3 недели после первичного вмешательства) в плановом порядке в специализированном центре или общехирургическом стационаре (при наличии хирурга колопроктолога).

2. При наличии возможности наряду с этапным хирургическим лечением, в качестве первичного вмешательства могут быть рекомендованы операции типа Гартмана, включающие удаление опухоли и адекватную лимфодиссекцию. Данная хирургическая тактика должна применяться в тех случаях, когда общее состояние пациента позволяет выполнить этот объем оперативного вмешательства и длительность операции равно или незначительно превышает длительность петлевой колостомии или илеостомии.

Восстановительная операция с ликвидацией стомы производится через 4 — 6 месяцев.

При возможности выполнения колостомии (илеостомии) лапароскопическим способом или из минилапаротомного доступа предпочтение должно отдаваться малоинвазивным методикам независимо от уровня хирургического стационара и наличия в дежурной бригаде хирурга колопроктолога.

Основные правила выполнения колостомии (илеостомии)

Место формирования будущей стомы должно быть выбрано до операции с учетом телосложения больного, толщины брюшной стенки,

естественных складок живота, при осмотре больного лежа на спине, сидя и стоя.

Колостому (илеостому) следует размещать на наиболее плоском участке передней брюшной стенки, сохраняющем свою форму при разных положениях больного. Выбранное место должно быть удобным для последующего ухода и использования калоприемника. Вблизи колостомы не должно быть костных выступов, жировых складок и грубых деформаций.

Для формирования свища должен выбираться участок кишечной трубки, расположенный максимально близко к опухоли, но обладающий достаточной подвижностью.

Мобилизация участка кишки должна производиться:

- на протяжении, достаточном для предотвращения возможного натяжения брыжейки в условиях послеоперационного пареза кишечника, поворотов больного на бок, при кашле и т.п.

- с сохранением хорошего кровоснабжения выводимой кишечной петли.

Диаметр отверстия в брюшной стенке должен соответствовать нормальному диаметру соответствующего отдела кишечника. При несоблюдении этого условия возможны осложнения в послеоперационном периоде в виде стриктур стом, эвагинаций кишки через стому, параколостомических грыж.

Выведенная петля толстой кишки при колостомии должна быть не ниже уровня кожного покрова. Длина выведенной петли тонкой кишки при илеостомии должна составлять не менее 10 см.

Фиксация производится подшиванием стенки кишки (серозномышечного слоя) к собственно дерме без захвата эпидермиса. Используется атравматическая игла с рассасывающейся нитью.

Не рекомендуется фиксация к швам марлевых шариков или турунд, введение в просвет кишки дренажных трубок.

Основные принципы и этапы резекционных оперативных вмешательств, предпринимаемых по поводу острой опухолевой толстокишечной непроходимости.

Доступ — срединная лапаротомия с возможным расширением доступа в зависимости от локализации процесса. При неоперабельности процесса возможно использование дополнительных локальных доступов для формирования коло или илеостом.

При наличии благоприятных условий (резектабельность, отсутствие диссеминированных форм канцероматоза, отсутствие перитонита, переносимость операции, наличие хирурга соответствующей квалификации) следует стремиться к удалению первичной опухоли (независимо от стадии заболевания), нежизнеспособных (выраженная ишемия, разрывы, некроз) участков кишки и соблюдению принципов абластичности:

- одномоментное удаление лимфатических коллекторов удаляемых отделов толстой кишки
- расширенная лимфаденэктомия с удалением парааортальных лимфоузлов (по показаниям)
- при местном распространении опухоли на прилежащие органы и ткани — их резекция или удаление

Солитарные метастазы в печень и легкие не являются противопоказанием к попытке радикального лечения. После удаления первичной опухоли лечение этих пациентов должно быть продолжено в специализированных хирургических стационарах.

При наличии перфораций и некротических изменений стенки толстой кишки должна производиться ее резекция в пределах неизмененных тканей.

Предпочтительным способом завершения резекции толстой кишки, предпринимаемой по поводу опухолевой непроходимости, является формирование 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.

Наиболее частый вариант дренирования брюшной полости после резекции толстой кишки по поводу ОКН — малый таз, правое подпеченочное пространство, левый латеральный канал.

При радикальных операциях на гистологическое исследование в обязательном порядке отправляется весь операционный материал.

10. При паллиативных операциях гистологическое подтверждение злокачественности процесса и остающихся метастазов обязательно из доступных очагов с учетом риска осложнений (кровотечение, перфорация органа, травма соседних органов).

Типовые объемы оперативных вмешательств при толстокишечной непроходимости опухолевой этиологии.

Толстокишечная непроходимость (без инфекционно-воспалительных осложнений).

Опухоли правых отделов ободочной кишки:

• Лапароскопическая петлевая илеостомия или из минилапаротомного доступа.

• правосторонняя гемиколэктомия

• при наличии отдаленных метастазов и (или) тяжелом состоянии пациента — петлевая илеостомия

илеотрансверзостомия.

Опухоли левых отделов ободочной кишки:

• Лапароскопическая (лапароскопически ассистированная) петлевая колостомия (сигмостомия, десцендостомия, трансверзостомия — в зависимости от локализации опухоли) или из минилапаротомного доступа.

• операция «типа Гартмана» с наложением концевой колостомы

• при наличии удалимой опухоли при тяжелом состоянии пациента в качестве первого этапа проксимальнее опухолевого процесса рекомендуется сформировать петлевую колостому

• при наличии неудалимых отдаленных метастазов в качестве окончательной операции выполняется петлевая колостомия.

• При локализации опухоли в прямой кишке рекомендуется формирование проксимальной сигмостомы. При наличии признаков операбельности процесса необходимо после стабилизации состояния направление больного в специализированное учреждение.

Субтотальная колэктомия может быть рекомендована:

• в исключительных случаях при выраженных ишемических и некротических изменениях обширных отделов ободочной кишки

• в условиях специализированного стационара при соответствующем анестезиологическом обеспечении, наличии квалифицированных хирургов и отсутствии технических трудностей — для сокращения этапов хирургического лечения.

Толстокишечная непроходимость с инфекционно-воспалительными осложнениями

Абсцесс брыжейки

1. При локализации опухоли в правых отделах ободочной кишки, ее резектабельности и возможности удаления абсцесса без его вскрытия выполняется правосторонняя гемиколэктомия

отсутствии возможности удаления опухоли и (или) наличии отдаленных неудалимых метастазов выполняется вскрытие и дренирование абсцесса (желательно экстраперитонеально), затем формирование петлевой илео или колостомы.

2. При локализации опухоли в левых отделах и возможности удаления абсцесса без его вскрытия выполняется операция «типа Гартмана»

отсутствии возможности удаления опухоли и (или) наличии отдаленных метастазов выполняется вскрытие и дренирование абсцесса (желательно экстраперитонеально), затем формирование петлевой колостомы проксимальнее основного процесса.

Абсцесс забрюшинного пространства

1. При локализации опухоли в правых отделах ободочной кишки производится:

- вскрытие и дренирование абсцесса, по возможности экстраперитонеально, правосторонняя гемиколэктомия с формированием концевой илеостомы.

При невозможности удаления опухоли и (или) наличии отдаленных метастазов производится экстраперитонеальное вскрытие и дренирование абсцесса с формированием петлевой коло или илеостомы.

При локализации опухоли в левых отделах ободочной кишки производится:

- вскрытие и дренирование абсцесса, по возможности, экстраперитонеально, операция «типа Гартмана»

- при невозможности удаления опухоли и / или наличии отдаленных метастазов производится экстраперитонеально вскрытие и дренирование абсцесса с наложением петлевой колостомы.

При локализации опухоли в прямой кишке выполняют экстраперитонеальное вскрытие и дренирование абсцесса с формированием проксимальной петлевой колостомы.

Распространенный перитонит

А. При отсутствии явлений тяжелого абдоминального сепсиса и септического шока.

1. При локализации опухоли в правых отделах ободочной кишки производится одномоментная ликвидация источника перитонита и кишечной непроходимости:

- при удалимой опухоли — правосторонняя гемиколэктомия «типа Гартмана» с формированием концевой илеостомы, санация перитонита, дренирование брюшной полости

- при невозможности удаления опухоли и / или наличии отдаленных метастазов — разгрузочная

петлевая илеостомия (колостомия), санация перитонита, ограничение источника перитонита от свободной брюшной полости (экстраперитонизация, подведение тампонов и дренажей), «открытое» ведение раны и программные санации брюшной полости после операции.

2. При локализации опухоли в левых отделах:

- при операбельности процесса — операция «типа Гартмана», санация перитонита, дренирование брюшной полости

- при невозможности удаления опухоли и / или наличии отдаленных метастазов — петлевая колостомия проксимальнее процесса, санация перитонита, ограничение источника перитонита от свободной брюшной полости (экстраперитонизация, подведение тампонов и дренажей), «открытое» ведение раны и программные санации брюшной полости после операции.

3. При локализации опухоли в прямой кишке:

- при наличии опухоли, осложненной перфорацией выше тазовой брюшины и операбельности процесса выполняют операцию Гартмана, санацию и дренирование брюшной полости

- при невозможности удаления опухоли и / или наличии отдаленных метастазов — проксимальная колостомия, санация перитонита, ограничение источника перитонита от свободной брюшной полости (экстраперитонизация, подведение тампонов и дренажей), «открытое» ведение раны и программные санации брюшной полости после операции.

В. При наличии явлений тяжелого абдоминального сепсиса и септического шока вмешательство должно проводиться по стандартам лечения последних. Объем операции на толстой кишке должен быть предельно минимализирован.

Принципы ведения больных в послеоперационном периоде:

Проведение интенсивной терапии, направленной на коррекцию метаболических нарушений, введение обезболивающих, сердечно-сосудистых средств.

Нормализация функции желудочнокишечного тракта, в том числе с применением декомпрессии, кишечного лаважа, энтеральной инфузии электролитных растворов, использование энтеросорбентов (энтеродез, энтерогель, ФИШантС). После разрешения пареза кишечника

использование полимерных питательных смесей, пробиотика пектина.

Назоинтестинальная декомпрессия проводится в течение 3 — 4 дней (до восстановления моторики кишечника).

Антибактериальная терапия.

Сроки пребывания больных в стационаре, амбулаторное лечение, экспертная оценка, реабилитация.

Рекомендуемые средние сроки пребывания больных в стационаре составляют: при выполнении петлевой колостомии (илеостомии), резекциях толстой кишки (без инфекционно-воспалительных осложнений) — 14 — 20 суток; при выполнении петлевой колостомии (илеостомии), резекциях толстой кишки (с инфекционно-воспалительными осложнениями) — 18 — 25 суток.

После выписки из хирургического стационара пациент и его медицинская документация направляются в специализированное онкологическое (колопроктологическое) подразделение для решения вопросов о дальнейшем лечении онкологического процесса и / или выполнения очередных этапов оперативного вмешательства. Средние сроки нетрудоспособности составляют 3 — 6 месяцев.

Учитывая высокую корреляцию заболеваемости колоректальным раком с семейным анамнезом, близким родственникам рекомендуется исследовать толстую кишку на наличие опухолевых и предраковых заболеваний.

Рекомендации по аппаратно-инструментальному и материальному обеспечению:

- Рабочее место анестезиолога: наркозный аппарат, разводка кислорода; приспособления для

интубации трахеи, катетеризации вен, мочевого пузыря, желудка; кардиомонитор или пульсоксиметр, дефибриллятор, вакуумаспиратор; дозаторы лекарственных препаратов; приспособление для подогрева растворов

- электрохирургический блок
- операционный стол с возможностью изменения положения больного (правый бок, левый бок, положения Фовлера и Тренделенбурга)
- вакуумаспиратор
- комплект оборудования и инструментов для диагностической лапароскопии
- аппарат для УЗИ
- общехирургический набор инструментов
- «комплект белья хирургического универсальный одноразовый стерильный»
- атравматический шовный материал для формирования кишечных анастомозов, илео и колостом
- средства для дополнительной герметизации и механического укрепления линии швов (типа «Тахокомб»)
- желудочные зонды
- зонды для назоинтестинальной интубации
- разовые калоприемники
- комплект оборудования и инструментов для диагностической лапароскопии
- сшивающие линейные и циркулярные аппараты

Дополнительное оборудование

- эндовидеохирургический комплекс оборудования и инструментов (комплектация для диагностической и манипуляционной лапароскопии)
- инструменты для лапароскопически ассистированных операций из малых разрезов («МиниАссистент»)