# Острая кишечная непроходимость опухолевой этиологии. Особенности диагностики и лечебной тактики

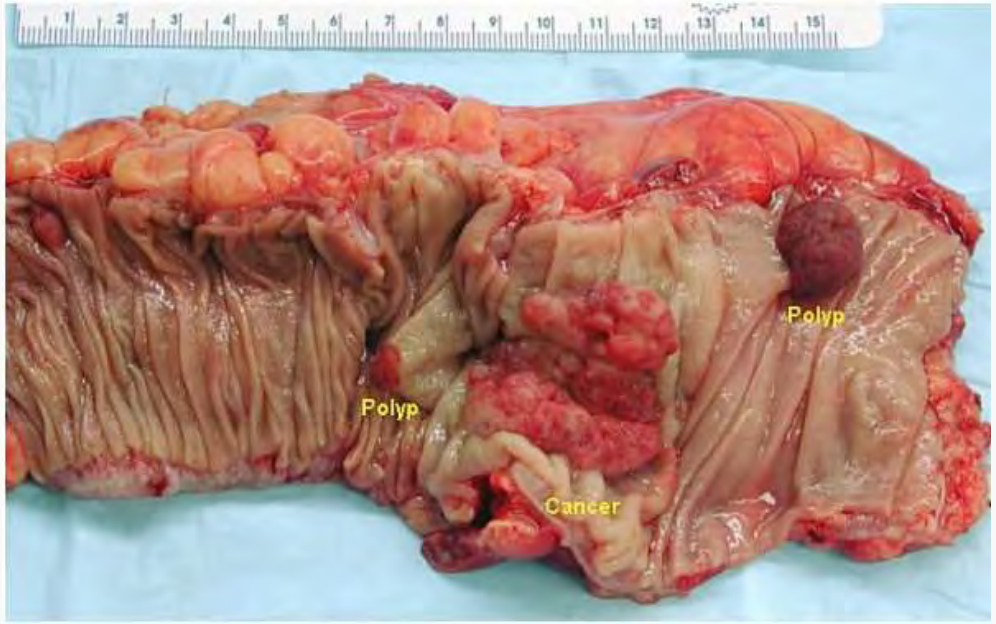
Подготовила студентка 4 курса лечебного ф-та 402 группы Цыганкова Е.П.

Научный рук.: зав. кафедрой, д.м.н. доц.  Щаева С.Н.

# Введение

Кишечная непроходимость опухолевого генеза представляет собой синдром, характеризующийся нарушением продвижения содержимого по пищеварительному тракту и обусловленный механическим препятствием, которым является злокачественное или доброкачественное новообразование кишечника.

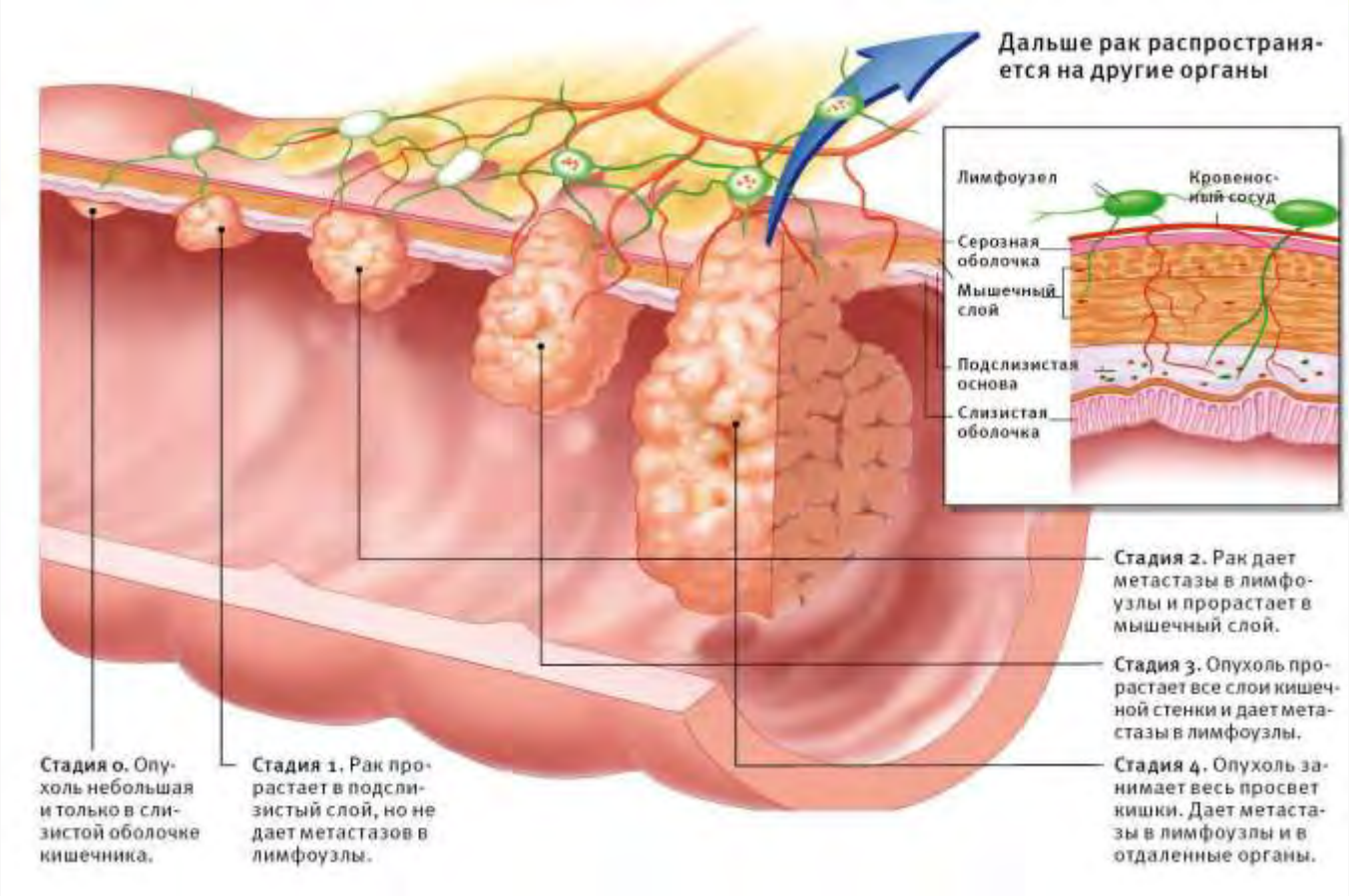
Данная патология относится к обтурационной непроходимости и в преобладающем числе случаев является толстокишечной, занимающей второе место среди причин непроходимости. Заболевание может наблюдаться во всех возрастных группах, но чаще среди пациентов старше 50 лет.



По-прежнему остаются актуальными вопросы лечения и диагностики на ранних этапах. Результаты оперативного лечения не удовлетворяют хирургов, послеоперационная летальность достигает 24-54,5% и не имеет тенденции к снижению.

Неудовлетворительны и исходы оперативного лечения осложненных форм, что обусловлено тяжестью и запущенностью заболевания, пожилым и старческим возрастом большинства больных, противоречивыми мнениями по тактике, объему, методам оперативного лечения и способам его завершения.

<u>Целью данного исследования</u> является изучение сведений о диагностике и лечении больных с острой обтурационной кишечной непроходимостью, обусловленной раком толстой кишки.



# Материалы и методы исследования

В данной работе представлены сведения о диагностике и лечении 46 больных с острой обтурационной кишечной непроходимостью, обусловленной раком толстой кишки.

Больные были госпитализированы в хирургическое отделение КБ №1, являющегося клинической базой кафедры факультетской хирургии по неотложным показаниям в период с января 2016г. по январь 2020г. Мужчин было 19 (41,3%), женщин – 27 (58,7%), в возрасте от 42 до 87 лет. Пациенты пожилого и старческого возраста составили 71,7%.

Течение опухолевого процесса было отягощено сопутствующей патологией, преимущественно со стороны сердечно-сосудистой системы, бронхолегочной, сахарным диабетом, нарушением обмена веществ (ожирение), мочекаменной болезнью, хроническим пиелонефритом, которые отягощали тяжесть общего состояния. Наличие 2 и даже 3-х соматических заболеваний наблюдалось у 38 (82,6%) пациентов.

# Результаты исследования

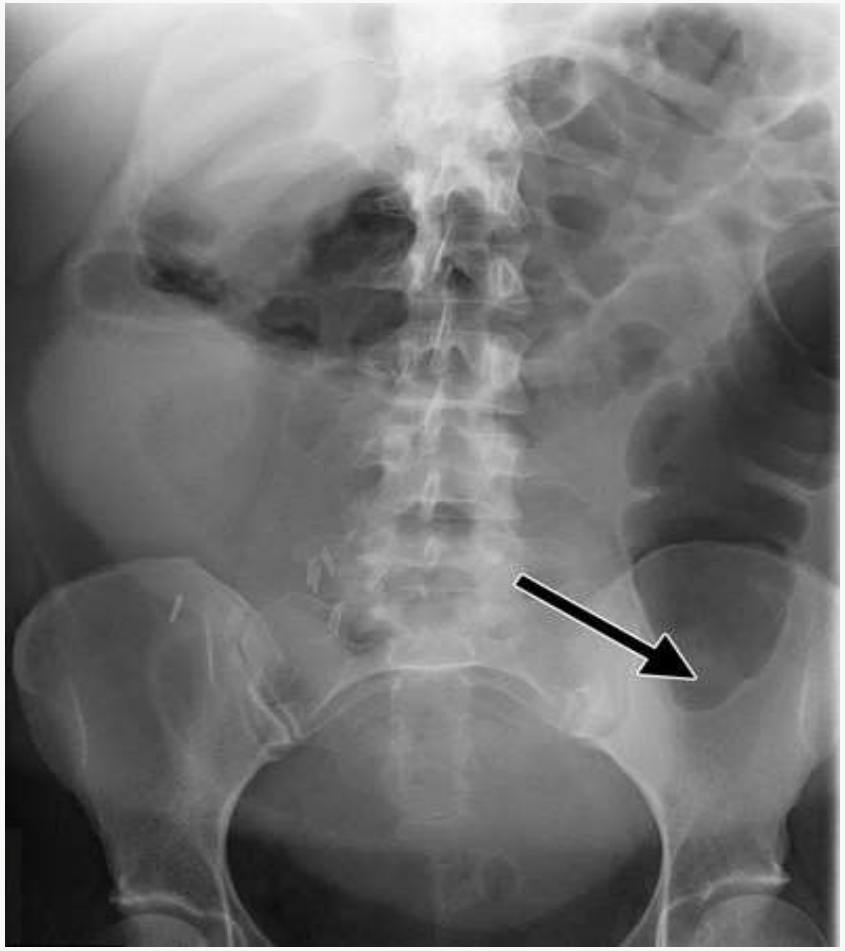
Анализ сроков госпитализации выявил, что большинство больных – 31 (67,4%) были госпитализированы поздно (через 2–3 суток), после появления первых признаков непроходимости и 15 (32,6%) поступили до 12 часов (p=0,031).

Из анамнеза установлено, что основными причинами поздней госпитализации были позднее обращение пациентов к врачу и неправильная постановка диагноза при первичном обращении за помощью.

Диагностику проводили на основании данных из анамнеза, рентгенологического, эндоскопического, физического, ультразвукового исследований, с учетом клинико-лабораторных показателей.

Обтурационная кишечная непроходимость как осложнение рака правой половины ободочной кишки наблюдалась у 9 пациентов, левой у 33, поперечной ободочной кишки – у 4. Преобладающее большинство обследованных составили больные с левосторонней локализацией опухолевого процесса (p=0,023).

*Пациентка М. 67 лет, Опухолевая непроходимость, локализация опухоли в сигмовидной кишке. Обзорная рентгенограмма органов брюшной полости*



Сроки оперативного вмешательства после госпитализации зависели от клинической картины заболевания, установления диагноза, эффективности проведенного комплекса консервативных мероприятий, тяжести характера сопутствующих заболеваний и необходимости их коррекции.

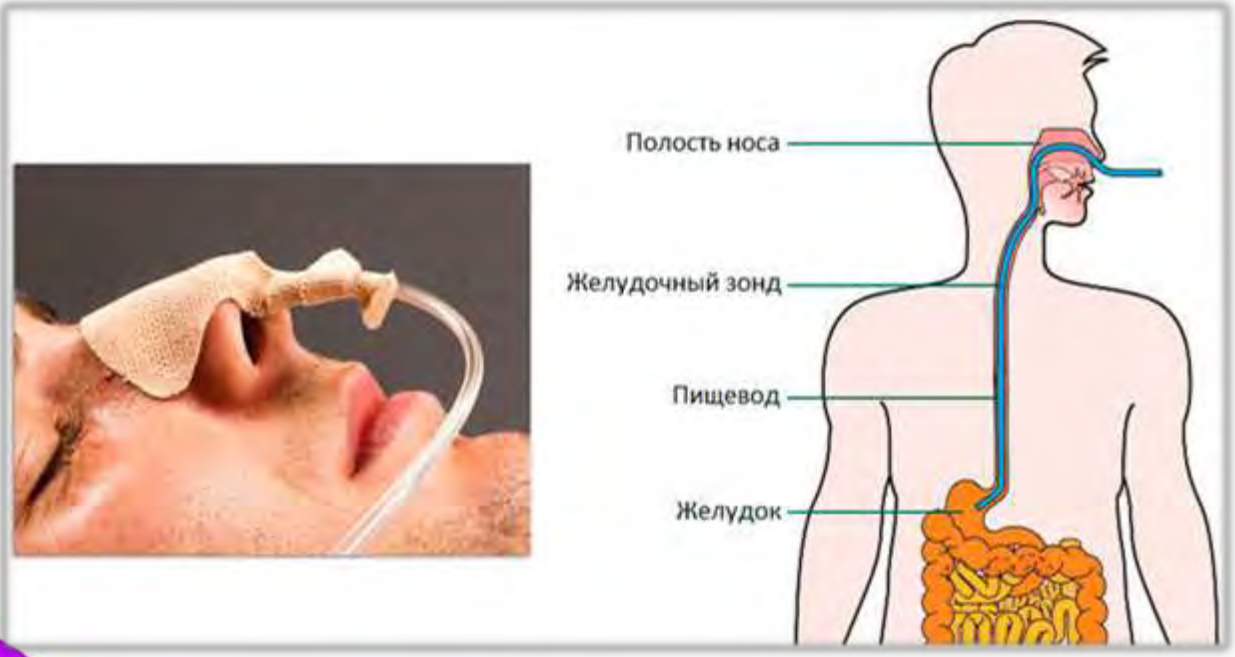
Общепринятой при толстокишечной непроходимости в клинике является тактика проведения комплекса интенсивных предоперационных мероприятий в течение 2–12 часов по показаниям.

Вся лечебная программа направлена на устранение острой непроходимости, что при достижении эффекта дает возможность отсрочить оперативное вмешательство, выполнить его в более благоприятных и оптимальных условиях для выбора объема оперативного пособия и с учетом состояния здоровья больного.

Комплекс предоперационных консервативных мероприятий включает:

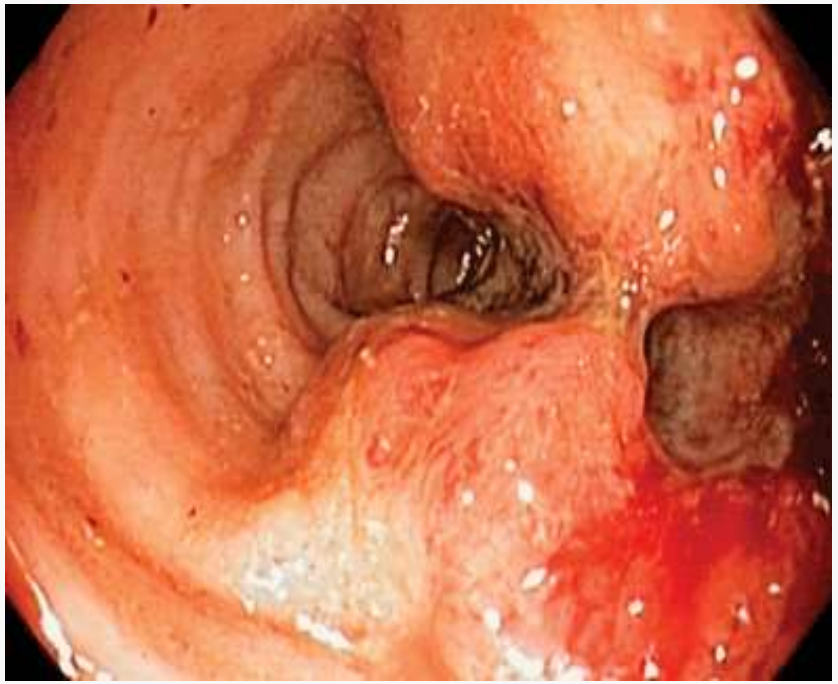
- введение спазмолитиков;
- декомпрессию желудочно-кишечного тракта (назогастральное дренирование желудка);
- дезтоксикационную терапию;
- коррекцию основных параметров систем жизнеобеспечения.

Следует отметить, что при выполнении колоноскопии, кроме декомпрессии и удаления кишечного содержимого, необходимо, по возможности, уточнить локализацию опухоли и степень обтурации.



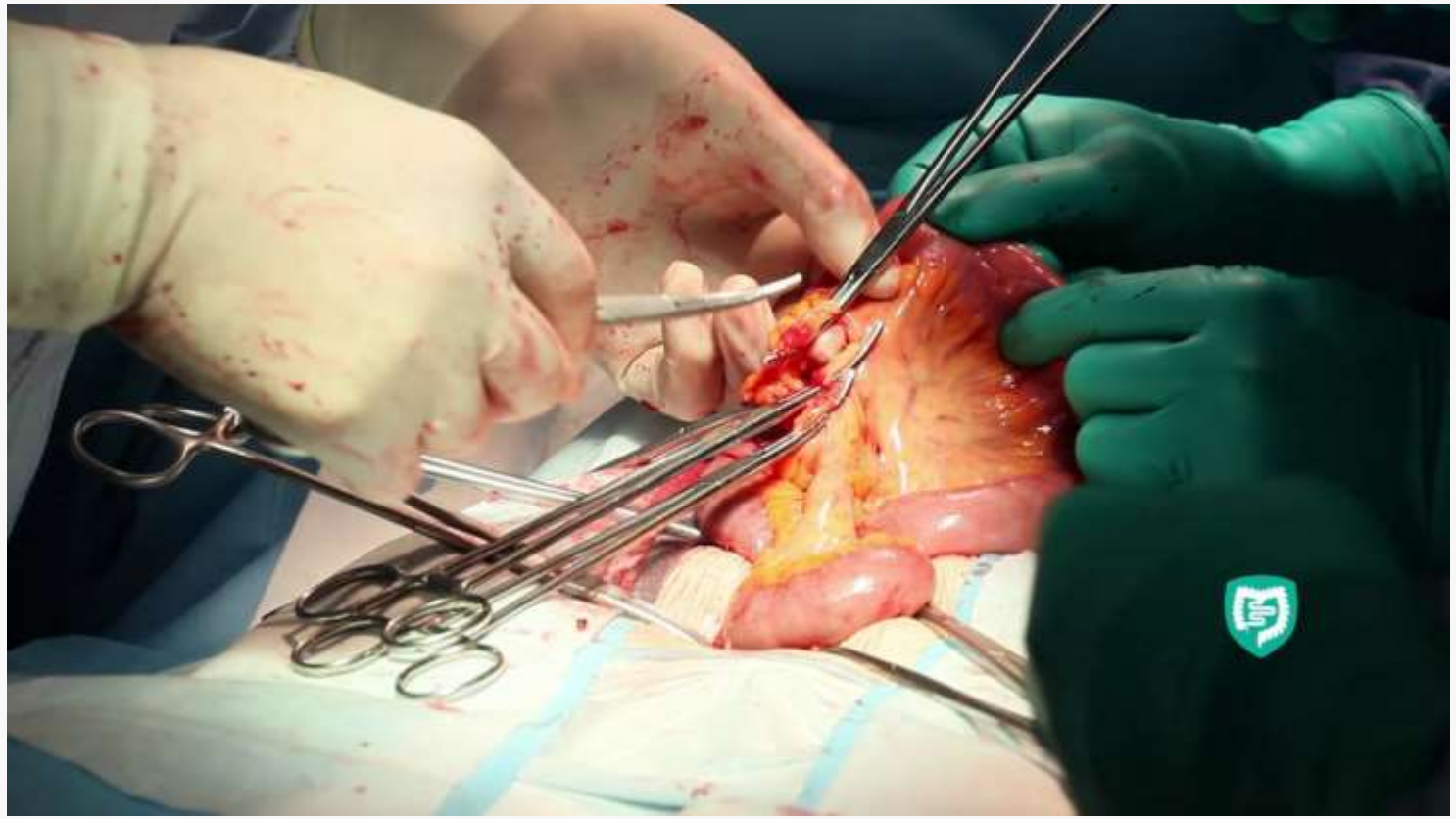
# Колоноскопия

Пациентка Т., 72 лет опухоль дистального отдела сигмовидной кишки



Пациент М., 67 лет, опухоль верхнеампулярного отдела прямой кишки

В экстренном порядке оперированы 14 (30,4%) больных – при наличии перитонита в связи с осложненными формами (перфорация опухоли, диастатические разрывы стенки ободочной кишки, кишечное кровотечение, гнойные воспалительные процессы в самой опухоли), нарастании явлений эндотоксикоза неразрешившейся непроходимости.



Анализ показал, что у остальных 32 (69,6%) больных консервативными методами удалось несколько улучшить состояние больных, что позволило провести дополнительные диагностические исследования, декомпрессию желудочно-кишечного тракта, провести предоперационную подготовку и выполнить операции на 1–2 сутки после госпитализации.

Объем оперативного вмешательства при острой непроходимости ободочной кишки определяли в зависимости от распространенности опухоли, наличия или отсутствия метастазов, тяжести состояния больного, возраста, сроков госпитализации от начала заболевания.

Из 46 больных у 24 (52,2%) удалось выполнить радикальные операции, паллиативные – у 13 (28,2%), симптоматические – 9 (19,5%). Паллиативные и симптоматические операции были связаны с прорастанием опухоли в другие органы и ткани, наличием отдаленных метастазов.

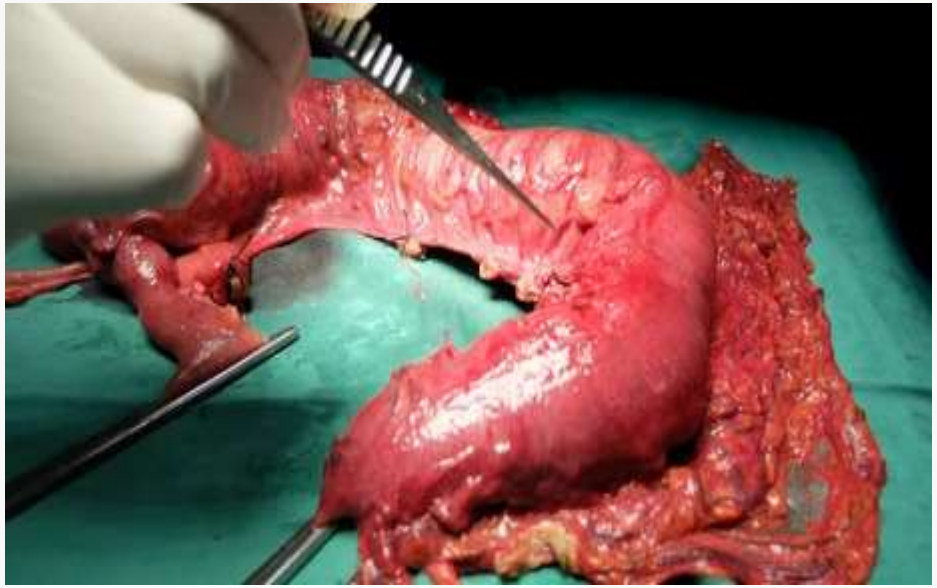
Радикальные операции

Паллиативные операции

Симптоматические операции

# Правосторонняя гемиколэктомия

Этап формирования
илеотрансверзоанастомоза конец-в-конец



Послеоперационный препарат
Аденокарцинома восходящей ободочной кишки T3N1M0 st III

Макропрепарат аденокарциномы восходящей ободочной кишки T3N1M0

Общая послеоперационная летальность составила 10,9% (5/46) при радикальных операциях – 4,2% (1/24). На послеоперационную летальность влияли:

- наличие сопутствующей патологии (сочетание сердечно-сосудистой патологии с сахарным диабетом 2 типа) p=0,01;
- сроки госпитализации в стационар позднее 12 часов с момента развития заболевания (p=0,034).

# Заключение

- Несмотря на большие возможности ранней диагностики рака толстой кишки в современных условиях, число больных с осложненным течением заболевания не имеет тенденции к уменьшению.
- Ранняя диагностика в начальной стадии заболевания и своевременно выполненное оперативное вмешательство позволит избежать развития тяжелых осложнений, и будет способствовать улучшению результатов лечения.
- Поэтому наличие кишечного дискомфорта, особенно у лиц пожилого и старческого возраста, должно служить поводом для тщательного эндоскопического и рентгенологического обследования ободочной кишки.
- Результаты лечения и летальность зависят от стадии злокачественного процесса и сроков госпитализации для оперативного вмешательства.