

УДК 616.345-007.271-031.25-006-02-08

В.В. Ганжий, И.Ф. Сырбу, А.В. Бачурин, Н.А. Ярешко, В.В. Вакуленко, А.А. Бачурин

## НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Запорожский государственный медицинский университет

Причинами развития ОКН по нашим данным является, как поздняя обращаемость больных за медицинской помощью, так и недостаточное внимание участковыми врачами. Цель работы: улучшение результатов хирургического лечения больных с обтурационной толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза за счет выбора рационального объема оперативного вмешательства и оптимизации лечения в послеоперационном периоде. Оперировано и обследовано 145 пациентов с обтурационной толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза. Предоперационный период у больных с перитонитом длился менее 2 часов. Резекция опухоли без восстановления кишечного пассажа улучшает ближайшие результаты. Интубация тонкого кишечника может быть использована при обтурационной непроходимости с перитонитом, в случае необходимости – интубируется толстый кишечник.

**Ключевые слова:** кишечная непроходимость, диагностика, операция.

В последнее время отмечается неуклонный рост больных с опухолевыми заболеваниями толстого кишечника, в частности с такими осложнениями как острая обтурационная кишечная непроходимость (ОКН) [1, 2, 3]. Последняя осложняет течение болезни у 70-80% больных [4]. Причиной запущенных форм рака толстой кишки является то, что в I и II стадиях заболевание протекает с невыраженной симптоматикой, которая недооценивается не только больными, но и медицинскими работниками. В большинстве случаев клиническое обследование больных в условиях поликлиники имеет свои трудности и к тому же производится обычно поздно.

Причинами развития ОКН по нашим данным является, как поздняя обращаемость больных за медицинской помощью, так и недостаточное внимание участковыми врачами для оценки симптомов «малых признаков» при назначении обследования на догоспитальном этапе. Несмотря на жалобы больных на неустойчивый стул, вздутие живота, наличие крови и слизи в каловых массах, а порой и задержку стула до нескольких суток, подобные проявления были расценены как хронический колит, а развитие анемии – как железодефицитная анемия. В большинстве случаев больные с ОКН госпитализируются в общехирургические отделения. Остаются дискуссионными вопросы хирургической тактики ведения данного контингента больных, выполнения радикальных оперативных вмешательств

и предоперационной подготовки, профилактика и лечение имеющихся осложнений (перитонита, несостоятельности швов анастомоза, сроков проведения повторных оперативных вмешательств направленных на закрытие стомы и др.). Об актуальности свидетельствуют показатели гнойносептических осложнений (42-78%), летальности (14-47%), и инвалидизации больных [4, 5].

**Цель работы** – улучшение результатов хирургического лечения больных с обтурационной толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза за счет выбора рационального объема оперативного вмешательства и оптимизации лечения в послеоперационном периоде.

### Материал и методы

За последние шесть лет в клинику общей хирургии поступило 145 больных с острой толстокишечной непроходимостью (ОТН). Следует отметить, что количество больных с ОТН в последние годы неуклонно возрастает.

Из 145 поступивших – 78 (53,8%) женщины и 67 (46,2%) мужчины. Подавляющее большинство составили лица старше 50 лет (82,4%), причем 2/3 из них – лица пожилого и старческого возраста. У 77% имелись сопутствующие заболевания со стороны сердечно-легочной системы, у 23% были выявлены нарушения со стороны водно-электролитного баланса, а также явления перитонита. Явления перитонита были обусловлены в 25% слу-

чаев перфорацией толстого кишечника, разрывом слепой кишки и развитием компенсаторной тонкокишечной непроходимости. Все больные поступили в различные сроки от момента заболевания: от 12 до 24 часов – 45 больных, 24-48 часов – 50, 48-72 часа – 20 и свыше 4 суток – 30 больных. Состояние и возраст больного, сопутствующие заболевания, длительность клинических проявлений ОКН относили к факторам риска и учитывали в выборе проведения рациональной лечебной тактике, объема и сроков проведения оперативного вмешательства, что позволяет адекватно прогнозировать течение и послеоперационного периода. Одним из наиболее грозных осложнений, диктующим сроки проведения предоперационной подготовки считаем наличие перитонита.

Экстренные оперативные вмешательства проведены 125 больным. У 10 больных благодаря консервативным мероприятиям явления ОКН были разрешены и после проведения диагностических мероприятий больные оперированы в отсроченном порядке, с минимальным риском для жизни. У 10 больных тяжесть состояния, возраст (свыше 80 лет), сопутствующая патология со стороны сердечно-легочной системы (бронхиальная астма, перенесенный инфаркт миокарда, остаточные явления перенесенного инсульта), сроки развития ОКН свыше 3 суток, сахарный диабет потребовали проведения неотложного оперативного вмешательства в виде наложения цекостомы.

### *Результаты и обсуждение*

Для своевременной диагностики и правильного ведения больного при ОТН имеет комплексное обследование: клинический и биохимические анализы крови, мочи, креатинин крови динамическая рентгенография брюшной полости и, не последнее место, пальцевое исследование прямой кишки. При сомнительной клинической картине в экстренном порядке проводим пассаж бария по кишечнику, ургентную ирригоскопию или колоноскопию. При проведении колоноскопии особое внимание обращаем на распространенность опухолевого процесса, его локализацию возможность цитологической дифференциальной диагностики путем проведения полипозиционной биопсии. При отсутствии манифестант-

ной картины кишечной непроходимости (неукротимая рвота, прогрессирование перитонита) ценным диагностическим исследованием в условиях экстренной хирургической помощи считаем проведение сонографии органов брюшной полости (данное исследование позволяет уточнить распространенность онкопроцесса, выявить отдаленные метастазы, асцит, а в ряде случаев и наличие скопления гнойного экссудата в брюшной полости). Данный метод позволил провести дифференциальную диагностику у ряда больных с острым право- и левосторонним паранефритом. При стертой клинической картине ОТН без признаков перитонита у 12 больных (8,27%) проводили лапароскопическое исследование, позволившее установить диагноз и локализацию опухолевого процесса. У одного больного, поступившего с явлениями макрогематурии, прибегли к проведению УЗИ мочевого пузыря, цистоскопии и компьютерной томографии малого таза для уточнения и дифференцирования диагноза (у больного выявлена опухоль прямой кишки с прорастанием в мочевой пузырь).

Больные, поступившие в клинику с явлениями прогрессирующей ОТН или явлениями перитонита, были оперированы в сроки от 2 до 24 часов с момента поступления. Показаниями для проведения оперативного вмешательства считаем: неэффективность консервативной терапии, нарастающие явления перитонита, а так же прогрессирующие явления водно-электролитных расстройств на фоне ОТН. Симптомы перитонита чаще были обусловлены перфорацией опухоли в ректосигмоидном отделе нисходящего отдела толстой кишки, реже диастатическими разрывами правой половины толстого кишечника и поперечно-ободочной кишки.

Оперативные вмешательства проводились под интубационным наркозом (за исключением больных с вынужденно наложенными цекостомами). Помня о радикализме и качестве жизни больных с опухолевыми процессами, в клинике отдается предпочтение проведению радикальных оперативных вмешательств. Так, при выявлении опухолевых процессов слепой и правой половины толстого кишечника отдаем предпочтение правосторонней гемиколонэктомии с резекцией большого сальника. При выявлении метастатического поражения

лимфатических узлов проводим лимфаденэктомию. У больных с явлениями тонкокишечной непроходимости оперативные вмешательства завершали илеотрансверзостомией и проведением назогастральной интубацией тонкого кишечника (35 больных). При распространении онкопроцесса на отдаленные органы, стадии T4 как правило производили наложение илеотрансверзоанастомоза (15 больных).

У 10 больных, как мера направленная на спасение жизни, в связи с выраженными сопутствующими заболеваниями, преклонный возраст (свыше 80 лет – 2), перенесенный инфаркт (3 больных), инсульт (5 больных), сроки развития кишечной непроходимости свыше 3 суток операцией выбора явилась – цекостомия. У 5 больных с локализацией патологического процесса в области поперечно-ободочной кишки и селезеночного угла толстого кишечника удалось произвести колэктомию с наложением илиодесцендоанастомоза, с резекцией большого сальника. Учитывая необходимость проведения радикальных оперативных вмешательств мы, в то же время, являемся сторонниками, при опухолях нисходящего отдела толстого кишечника проведения операции резекции пораженного отдела с наложением одностольного ануса в виде операции Гартмана. При проведении такого рода оперативных вмешательств учитываем распространенность перитонита, наличие отдаленных метастазов, возраст больного и возможность проведения восстановительных оперативных вмешательств, больным при проведении операции производится ревизия брюшной полости. При наличии метастатического поражения лимфоузлов в забрюшинном пространстве производим лимфаденэктомию, а у одной больной были вынуждены прибегнуть к пластике мочеочника. Как правило, сигмостому открываем на 3-4 сутки, а при выраженном проявлении ОН – на операционном столе, путем введения в просвет кишечника толстой резиновой трубки с последующим орошением и размытием каловых масс (хотя такие мероприятия производятся крайне редко и только для стимуляции нормальной работы перерастянутого кишечника). Больные в раннем послеоперационном периоде помещаются в отделение реанимации, где проводится полноценная инфузионная, стимулирующая и дезинтоксикационная терапия. Особое

внимание отводится профилактике осложненных со стороны сердечно – легочной системы и гнойно-септическим осложнениям.

При диагностике запущенных стадий онкопроцесса, прорастании опухоли в соседние и метастазировании в отдаленные органы, развитии асцита, кахексии ряд больных боли подвергнуты оперативным вмешательствам направленным на наложение колостомы (противоестественный задний проход, трансверзостомия или же цекостомия). В тоже время мы отдавали себе отчет о нерадикальности данных оперативных вмешательств носящих, к тому же, инвалидизирующий характер.

Повторные оперативные вмешательства направленные на восстановление проходимости кишечника и ликвидацию колостом производили после обследования больных спустя 3-4 месяца, с обязательным проведением колоскопии, ректоскопии, УЗС внутренних органов и физикальными обследованием. Восстановление кишечного тракта производим путем наложения анастомоза «конец в бок». При выявлении рядом расположенных метастазов или поражении соседних органов, выявленных на повторной операции, производили резекцию этих органов. Если сохранялись условия для восстановления целостности кишечного тракта проводилась восстановительная операция.

К сожалению не удалось избежать летальных исходов в послеоперационном периоде у больных, поступивших с клиникой ОКН с перфорацией кишечника. Послеоперационная летальность составила 7,6% (11 пациентов). Причиной смерти явились интоксикация [4], прогрессирующий перитонит [4], а также тромбоз легочной артерии [3].

Послеоперационные осложнения отмечены у 7 больных (4,8%): нагноение раны вокруг колостомы [3], эвентерация кишечника [1], пневмония [1], несостоятельность анастомоза [2].

### **Выводы**

1. Лечение острой толстокишечной непроходимости следует начинать с активной дезинтоксикационной терапии, направленной на коррекцию гомеостаза. Подготовка к операции при наличии перитонита, а также без него не должна превышать 2 часов.

2. Больным показана экстренная операция.

Удаление опухоли без восстановления непрерывности кишечного тракта снижает риск послеоперационных осложнений и позволяет достичь лучших непосредственных результатов.

3. Позднее оперативное вмешательство приводит к увеличению числа осложнений и к ухудшению исходов лечения. Выбор метода и объем оперативных вмешательств зависит от общего состояния больного, стадии опухолевого процесса, выраженности явлений кишечной непроходимости, наличия перитонита и сопутствующих заболеваний.

#### **НАШ ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ОБТУРАЦІЙНУ ТОВСТОКИШКОВУ НЕПРОХІДНІСТЬ ПУХЛИННОГО ГЕНЕЗУ**

*В.В. Ганжий, І.Ф. Сирбу, А.В. Бачурин, Н.О. Ярешко, В.В. Вакуленко, А.А. Бачурин*

Причинами розвитку ГКН за нашими даними є як піздня обертаємість хворих за медичною допомогою, так і недостатня увага дільничними лікарями. Мета роботи: покращення результатів хірургічного лікування хворих на обтураційну товстокишкову непрохідність пухлинного генезу за рахунок вибору раціонального обсягу оперативного втручання та оптимізації лікування у післяопераційному періоді. Оперовано та обстежено 145 хворих на обтураційну товстокишкову непрохідність пухлинного генезу. Передопераційний період у хворих з перитонітом тривався менше 2 годин. Резекція пухлини без відновлення кишкового пасажу покращує найближчі результати. Інтубація тонкої кишки може бути використана за наявності обтураційної непрохідності з перитонітом, у випадку необхідності – інтубується товстий кишечник.

**Ключові слова:** кишкова непрохідність, діагностика, операція.

#### **OUR EXPERIENCE OF TREATING PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE COLONIC ILEUS OF TUMORAL GENESIS**

*V.V. Ganzhyi, I.F. Sirbu, A.V. Bachurin, N.A. Yareshko, V.V. Vakulenko, A.A. Bachurin*

The causes of obstructive ileus from our data is, as a late-seeking patients for medical care, and insufficient attention to the precinct by doctors. Objective: To improve the results of surgical treatment in patients with obstructive colonic ileus of tumoral genesis at the expense of rational choice of surgical intervention and treatment optimization in the postoperative period. 145 patients, suffering from the large intestine obstruction with tumoral genesis, were operated and analyzed. Preoperation period in case of peritonitis lasts less 2 hours. Tumor resection without restoration of intestinal passage improves usual results. Small intestine intubation can be used in occasions of hard intestinal obstruction with peritonitis, if necessary – large intestine intubation.

**Key words:** intestinal obstruction, diagnostics, operation.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Бондарь Г.В. Современные аспекты лечения рака толстой кишки, осложненной непроходимостью кишечника / Г.В. Бондарь, В.Х. Башеев // *Клінічна хірургія*. – 2000. – №8. – С.48-49.
2. Захараш М.П. Тенденції і перспективи розвитку хірургічних втручань у колопроктології / М.П. Захараш // *Мистецтво лікування*. – 2003. – №6. – С. 34-37.
3. Пойда А.И. Прогнозирование и профилактика осложнений при операциях на толстой кишке / А.И. Пойда, В.И. Мельник // *Хірургія України*. – 2010. – № 1. – С. 18-27.
4. Саенко В.Ф. Современные направления в лечении обтурационной непроходимости толстой кишки / В.Ф. Саенко, Л.С. Белянский // *Клінічна хірургія*. – 2000. – № 11. – С. 5-7.
5. Jebhart C. Differenzierte chirurgische therapie des disk-darmileus / C. Jebhart, W. Meyer, K.H. Sehulthecs // *Caeduceus news*. – 1998. – № 1. – P. 1-4.

Стаття надійшла 21.02.2011