



Т. И. Тамм, Б. М. Даценко,
В. В. Непомнящий,
А. Я. Бардюк, А. Б. Даценко

ВЛИЯНИЕ МЕТОДА УЗИ НА ВЫБОР ОБЪЕМА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ КИШЕЧНИКА

Харьковская медицинская академия последипломного образования

© © Коллектив авторов

Резюме. В работе представлены результаты лечения 864 больных с КРР, осложненных острой толстокишечной непроходимостью (ОТКН). Показано преимущество УЗИ в диагностике субкомпенсированной и декомпенсированной толстокишечной непроходимости. Данные, полученные при УЗИ, позволяют определить оптимальные сроки и адекватный объем оперативного лечения у больных КРР, осложненной ОТКН. Послеоперационная летальность составила 8,7 %.

Ключевые слова: колоректальный рак, острая толстокишечная непроходимость, УЗИ.

Введение

В последнее десятилетие в мире отмечается рост заболеваемости колоректальным раком (КРР) [1, 4, 7]. В структуре злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта КРР находится на четвертом месте и, по данным ВОЗ, в мире ежегодно его регистрируют более 500 тыс. случаев [5, 6, 8]. Наибольшая заболеваемость отмечается в США, Канаде, странах Западной Европы и России.

Нередко заболевание осложняется острой толстокишечной непроходимостью (ОТКН), которая встречается более чем в 80 % случаев с послеоперационной летальностью 11-47 % [4, 5, 8]. Такие больные, как правило, попадают в отделение общехирургического профиля. Исход заболевания в этих случаях зависит от четких и правильных действий хирурга, что непосредственно влияет на результат лечения [1, 2, 4]. По данным ряда авторов, 70 из 100 больных КРР умирают в течение первого года с момента установления диагноза [1-4]. Данное обстоятельство обусловлено тем, что к врачу обращаются пациенты с запущенной формой рака: третьей-четвертой стадии диагностируются в 71,4 % случаев у больных раком ободочной кишки и в 62,4 % случаев — раком прямой кишки [2, 4, 6].

До сих пор среди хирургов нет единого мнения в вопросах выбора тактики и объема хирургического вмешательства у больных с КРР, осложненным ОТКН. По мнению одних, в такой ситуации основным методом лечения является срочное хирургическое вмешательство, направленное на устранение признаков кишечной непроходимости (КН) [5, 7]. Такие операции обычно заканчиваются формированием временной или постоянной колостомы [1, 3, 5]. Другие авторы предлагают выполнять одномоментную радикальную операцию [2, 4, 7]. Существует точка зрения целесообразности использования выжидательной тактики [6, 8].

Для того чтобы определить сроки и объем оперативного вмешательства больных с ОТКН

хирургу необходимо знать уровень локализации опухоли, степень ее распространенности, а также иметь представление о степени декомпенсации приводящего отдела кишки. Такую информацию можно получить благодаря методу УЗИ, эффективность применения которого подтверждена рядом авторов [1, 2, 4]. В связи с этим вопросы совершенствования методов диагностики и лечения КРР, осложненного ОТКН, остаются по-прежнему в центре внимания онкопроктологов и хирургов.

Цель исследований

Определить тактику лечения и объем оперативного вмешательства у больных КРР, осложненным ОТКН, на основании данных инструментальных методов исследования.

Материалы и методы исследований

Проанализированы результаты лечения 864 больных КРР, осложненных обтурационной кишечной непроходимостью, находившихся на лечении в клинике с 2004 по 2014 г. Мужчин было 485 (56,1 %), женщин 379 (43,9 %) в возрасте 37-85 лет. Пациенты старше 60 лет было более 65 %. Спустя 3-4 суток от начала заболевания было 85 % больных, госпитализированных с клиникой субкомпенсированной и декомпенсированной острой кишечной непроходимостью.

Диагноз заболевания определяли на основании данных анамнеза, объективного осмотра, клиничко-биохимических показателей, УЗИ, RRS, ирригографии и колоноскопии. Микроскопическое строение опухоли изучали по удаленным препаратам. Гистологически структура опухоли практически во всех случаях представлена аденокарциномой различной степени дифференцировки.

Результаты исследований и их обсуждение

В 61,6 % случаев локализация опухоли обнаружена в левой половине толстой кишки,



в 33,6 % — в правой половине и в 4,8 % случаев — в прямой кишке. У 44 больных — опухоль локализовалась в слепой кишке, у 168 — в восходящей кишке, у 78 — в области печеночного угла ободочной кишки, у 32 — в средней трети, у 164 — в селезеночном углу, 113 в нисходящей кишке, у 223 — в сигмовидной кишке и 42 — в прямой кишке.

Среди жалоб и клинических проявлений при поступлении превалировало нарушение общего состояния больных — 97 %; задержка стула и газов — 92 %; тошнота — 90 %. Боль в животе отмечена у 89 % пациентов: схваткообразная — у 80 %, постоянная — у 19 %, сочетание — у 1 %. Вздутие живота констатировано у 85 % больных, пустая ампула прямой кишки — у 62 %, асимметрия живота — у 32 %, пальпируемая опухоль в животе у 49 %, рвота — у 48 %, снижение массы тела — у 36 %, лихорадка — у 32 %. Положительные симптомы раздражения брюшины были у 28 % больных, анемия — у 27 %. Пальцевое исследование прямой кишки, при котором обнаружены патологические выделения у 25 % пациентов, было обязательным.

Из инструментальных методов исследований при поступлении выполнена обзорная рентгенография брюшной полости у 815 (94,2 %) больных. Из-за тяжести состояния 49 (5,7 %) пациентам это исследование выполнить не удалось. При рентгенологическом исследовании у 432 (50 %) пациентов выявлены чаши Клойбера, а 383 (44,3 %) пациентов — обнаружен гиперпневматоз кишечника.

Вторым этапом исследования был метод УЗИ, при котором симптом ложной почки, характеризующий уровень локализации опухоли, обнаружен у 68 % больных. Признаки ОТКН в виде расширения приводящего отдела толстой кишки и наличия в ней жидкости с пузырьками газа обнаружены у 98 % больных. Сочетание толсто- и тонкокишечной непроходимости при УЗИ обнаружено у 65 % пациентов. Это свидетельствовало о нарушении запирающей функции баугиниевой заслонки и явилось в дальнейшем показанием для интубации тонкой кишки.

Лечение больных в случаях отсутствия жидкости в брюшной полости начиналось с консервативных мероприятий, заключавшихся в проведении инфузионной терапии, стоков из желудка и очищения кишки с помощью клизм или зонда, проведенного с помощью ректоскопа или колоноскопа выше опухоли, с последующим отмыванием просвета от содержимого.

Свободная жидкость в брюшной полости при УЗИ обнаружена у 239 пациентов. Этот признак подтверждал наличие перитонита, что явилось показанием для срочной операции. У 49 больных, находившихся в крайне тя-

желом состоянии, при УЗИ были обнаружены метастазы в печени. Объем оперативного вмешательства у них был ограничен наложением разгрузочной колостомы выше места препятствия. У 241 больного выполнены ректороманоскопия и колоноскопия с целью уточнения локализации опухоли и проведения декомпрессионного зонда выше места обтурации.

У больных с локализацией опухоли в слепой или правой половине ободочной кишки была выполнена правосторонняя гемиколэктомия с формированием илеотрансверзоанастомоза «бок в бок» или «конец в конец» с интубацией тонкой кишки. У больных с декомпенсированной непроходимостью кишечника, карциноматозом брюшины и отдаленными метастазами ограничивались обходным илеотрансверзоанастомозом с интубацией тонкой кишки.

Хирургическое лечение новообразований поперечной ободочной кишки заключалось в удалении правой или левой половины, в зависимости от локализации опухоли вблизи правого или левого изгиба. В 24 случаях, в связи с наличием декомпенсированной формы кишечной непроходимости, объем операции ограничили наложением трансверзостомы.

Больным с локализацией опухоли в левой половине ободочной кишки, включая сигмовидную, с субкомпенсированной непроходимостью выполнены левосторонняя гемиколэктомия или резекция сигмовидной кишки по типу операции Гартмана с выведением концевой колостомы у 271 случаях. У 213 больных удаление кишки с опухолью завершено формированием прямого анастомоза по типу «конец в конец» или «конец в бок». Лишь при нерезектабельной опухоли у больных с высокой степенью операционного риска в 16 случаях ограничивались формированием трансверзостомы.

Операция по Гартману выполнена у 19 больных с локализацией опухоли в верхнеампулярном отделе прямой кишки и в области ректосигмоидного перехода. При нерезектабельной опухоли и ее локализацией в средне- и нижнеампулярном отделе у 30 больных наложена сигмостома.

Нарушение сократительной кишки, установленное до операции методом УЗИ, потребовало в обязательном порядке интубации тонкой кишки с последующим ее лаважем. Декомпрессия кишечника с помощью назоинтестинального зонда выполнена у 458 больных, через цекостому у 211 пациентов.

В послеоперационный период осложнения возникли у 86 пациентов: нагноение послеоперационной раны у 68, несостоятельность илеотрансверзоанастомоза у 12, эвентерация вследствие продолжающегося перитонита у 6. Умерло 75 больных. Все случаи летальных



исходов были у лиц пожилого и старческого возраста с декомпенсированной формой непроходимости кишечника. Причиной смерти у 32 пациентов была прогрессирующая интоксикация с полиорганной недостаточностью, у 28 — острая сердечно-сосудистая недостаточность, у 15 — нарушение мозгового кровообращения. Послеоперационная летальность составила 8,7 %.

Таким образом, инструментальные методы исследования являются основными в выявлении колоректального рака, осложненного ОТКН. Обзорная рентгенография органов брюшной полости позволяет подтвердить с помощью прямых или косвенных признаков наличие ОТКН у больных КРР. Ректороманоскопия и колоноскопия позволяют определить уровень локализации опухоли. Метод УЗИ позволяет 100 % определить наличие ОТКН, а также степень сократительной способности кишки и несостоятельность баугиниевой заслонки. Установленные при обследовании признаки генерализации процесса (метастазы в параар-

тельные лимфоузлы или в печень) позволяют ограничить оперативное вмешательство выведением разгрузочной колостомы выше места препятствия, ориентиром которого является ультразвуковой симптом ложной почки. Наличие жидкости в брюшной полости у больных с ОТКН является признаком перитонита и требует соответствующей тактики лечения.

Выводы

1. Метод УЗИ является неинвазивным, доступным и высокоинформативным в выявлении ОТКН у больных КРР.

2. УЗИ позволяет определить степень декомпенсации мышечного тонуса стенки кишки, а в отдельных случаях уровень локализации опухоли.

3. Ректороманоскопия и колоноскопия, выполненные у больных с клиникой ОТКН, позволяют определить уровень локализации опухоли и в отдельных случаях произвести декомпрессию кишечника с помощью проведения зонда выше опухоли.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров В. Б. Колоректальный рак - актуальная проблема внутренней медицины. / В. Б. Александров, О. Ю. Рахимова // Клиническая медицина. — 2008. — № 3. — С. 7-12.
2. Воробьев А. И. Экстренные одномоментные вмешательства при раке левой половины ободочной кишки / А. И. Воробьев, Ю.Н. Халов, К.Н. Гришин // Вестник хирургической гастроэнтерологии. — 2008. — №4. — С.111-112.
3. Давыдов М. И. Заболеваемость злокачественными новообразованиями населения России и стран СНГ в 2005 г. / М. И. Давыдов, Е. М. Аксель // Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. — 2007. — № 18 (2, прил. 1). — С. 52-89.
4. Жидков С.А. Принципы диагностики и лечения кишечной непроходимости опухолевого генеза у пациентов старше 60 лет // Медицинские новости. — 2005. — № 5. — С. 59-62.
5. Клиническая хирургия: Нац. рук-во в 3-х т. / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010.
6. Непроходимость кишечника : Руководство для врачей / А.П. Радзиховский, О.А. Беляева, Е.Б. Колесников и др. (Под ред. А.П. Радзиховского) - К. : Феникс, 2012. — 504 с.
7. Тамм Т. І. Морфологічні зміни у привідному відділі тонкої кишки при obturaційній кишковій непрохідності / Т. І. Тамм, О. Я. Бардюк, Ю. А. Гвоздік // Acta medica Leopoliensia. — 2008. — №3. — С. 119-122.
8. Халов В. Ю. Хирургическое лечение распространенных форм рака толстой кишки. / В. Ю. Халов, К. Н. Гришин // Актуальные вопросы хирургии. — Астрахань. — 2006. — С. 340-341.



ВПЛИВ МЕТОДУ УЗД
НА ВИБІР ОБСЯГУ
ОПЕРАТИВНОГО
ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА
ГОСТРУ НЕПРОХІДНІСТЬ
КИШЕЧНИКУ

*Т. І. Тамм, Б. М. Даценко,
В. В. Непомнящий,
О. Я. Бардюк, О. Б. Даценко*

EFFECT OF ULTRASOUND
METHOD TO CHOOSE THE
EXTENT OF SURGICAL
TREATMENT OF PATIENTS
WITH ACUTE INTESTINAL
OBSTRUCTION

*T. I. Tamm, B. M. Datsenko,
V. V. Nepomnyashchii,
A. Y. Bardyuk, A. B. Datsenko*

Резюме. У роботі представлено результати лікування 864 хворих з КРР, ускладнених гострою толстокишковою непрохідністю (ГТКН). Показано перевагу УЗД у діагностиці субкомпенсованої і декомпенсованої толстокишкової непрохідності. Дані, отримані при УЗД, дозволяють визначити оптимальні терміни й адекватний обсяг оперативного лікування у хворих КРР, ускладненою ГТКН. Післяопераційна летальність склала 8,7 %.

Ключові слова: колоректальний рак, гостра толстокишкова непрохідність, УЗД.

Summary. The paper presents the results of treatment of 864 patients with colorectal cancer complicated by acute colonic obstruction (ACO). The advantage of ultrasound in the diagnosis of decompensated subcompensated and bowel obstruction. The data obtained by ultrasound, allow us to determine the optimal timing and adequate volume of surgical treatment in patients with colorectal cancer complicated by ACO. Postoperative mortality was 8.7 %.

Key words: colorectal cancer, acute colonic obstruction, ultrasound.