

Т. И. Тамм,
В. В. Непомнящий,
А. Б. Даценко, А. Я. Бардюк,
Д. П. Полянский,
И. А. Дворник

Харьковская медицинская
академия последипломного
образования

© Коллектив авторов

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Резюме. Проанализированы результаты лечения 342 больных с толстокишечной непроходимостью, из которых у 84 (26,6 %) больных были признаки острой непроходимости кишечника (ОНК), и у 258 (54,6 %) пациентов были явления частичной кишечной непроходимости. Показано, что метод УЗИ позволил установить острую толстокишечную непроходимость кишечника (ОТНК) в 100 %, а при обзорной рентгенографии у 61 %. Колоноскопия у больных ОТНК в 26 % случаев позволило перевести острую обтурационную толстокишечную непроходимость частичную. В группе больных с ОНК выполнили операции: резекция толстой кишки с формированием анастомоза – 14 % больным; операция Гартмана 17 % больным; обходной анастомоз выполнен у 21 % больных, колостома сформирована 42 % пациентам. Послеоперационные осложнения составили 16 %. Летальность составила 21 %.

В группе больных с частичной непроходимостью кишечника у 183 (71 %) выполнена резекция сегмента толстой кишки с формированием межкишечного анастомоза, 52 (20 %) выполнена операция Гартмана и у 23 (9 %) сформирован обходной анастомоз. Частота осложнений составила 9 %. Летальность составила 4 %.

Ключевые слова: острая непроходимость кишечника, колоректальный рак, ультразвуковое исследование.

Введение

Обтурационная непроходимость кишечника опухолевого генеза составляет 60–80 % всех причин непроходимости толстой кишки [3, 4, 5], а послеоперационные осложнения в этой группе больных достигают 60 %. Установлено, что чем дольше существует у больных толстокишечная непроходимость, тем чаще у них встречаются различного рода гнойно-воспалительные осложнения, частота которых по данным литературы может достигать 50–85 % [1, 2, 7, 8]. В структуре этих осложнений несостоятельность анастомозов отмечена в 6,2–17,5 % [2, 7, 8], нагноение послеоперационных ран 2,7–37,8 % [1, 9], абсцессы брюшной полости осложняют острую толстокишечную непроходимость в послеоперационном периоде в 3,7–11 %, а количество послеоперационных пневмоний увеличивается в 2–3 раза [1, 9].

Поэтому своевременная диагностика заболевания и своевременная операция являются одними из путей профилактики или снижения частоты гнойно-септических осложнений (ГСО).

Несмотря на совершенствование техники оперативных вмешательств летальность среди больных с опухолями толстой кишки, осложненной непроходимостью кишечника, при радикально выполненных операциях составляет 18–28 %, а при паллиативных вмешательствах достигает 50–80 % [2, 4, 8]. Наиболее частой причиной летальности у больных, которые ра-

дикально оперированы по ургентным показаниям является послеоперационный перитонит, обусловленный несостоятельностью межкишечных анастомозов. Значительно лучшие результаты оперативных вмешательств отмечены у больных, оперированных в плановом порядке после ликвидации явлений острой непроходимости кишечника консервативными методами [1, 5, 7]. Однако, разрешить ОТНК с помощью консервативной терапии удастся, по данным литературы, лишь в 7–29 % [1, 4, 8].

Цель исследования

Проанализировать результаты лечения больных с острой толстокишечной непроходимостью в зависимости от сроков оперативного вмешательства.

Материалы и методы исследования

Проанализированы результаты лечения 432 больных, которые были госпитализированы в клинику с опухолью толстой кишки в период с 2010 по 2015 годы. Среди них 130 больных поступило в больницу в плановом порядке, а 302 больных госпитализировано по ургентным показаниям. Из 432 пациентов обтурационная непроходимость кишечника была выявлена у 342 (79,3 %); острая непроходимость кишечника составила 84 (26,6 %) больных, а частичная – 258 (54,6 %) пациентов. Диагностика заболевания базировалась на клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования,



таких как обзорная рентгенография органов брюшной полости, ультразвуковое исследование, ректороманоскопия, колоноскопия, которые выполняли в ургентном порядке. Срочная колоноскопия в отдельных случаях являлась лечебной. Для этого по биопсийному каналу вводили зонд выше места обтурации и аспирировали газ, а также жидкостное содержимое толстой кишки. После этого в супрастенотический отдел вводили 60-100 мл 30 % раствора ПЭО-400 с 1 % левомецитином.

Результаты исследований и их обсуждение

Оперативное лечение выполняли в срочном порядке у больных с клиникой острой непроходимости кишечника при наличии перитонита и отсутствии положительной динамики от консервативной терапии. При ликвидации признаков острой непроходимости кишечника консервативным методом выполняли хирургическое вмешательство в плановом порядке.

У 84 больных с клиникой острой толстокишечной непроходимости на обзорной рентгенографии органов брюшной полости были выявлены характерные симптомы острой непроходимости кишечника в виде гиперпневматоза, увеличения диаметра ободочной кишки. Единичные горизонтальные уровни как признак ОНК обнаружены у 69 (82 %) больных. Из-за крайне тяжелого состояния рентгенологическое исследование было невозможно выполнить у 7 (8,3 %) пациентов.

Ультразвуковое исследование, которое было проведено 84 (100 %) больным, позволило во всех случаях выявить различные признаки механической непроходимости кишечника. У 31 (36,9 %) пациента с уровнем обструкции в прямой и сигмовидной кишке визуализировано расширение отделов толстой кишки, расположенной выше места препятствия. В 53 (63,1 %) случаях выявлено расширение и нарушение сократительной способности толстой и тонкой кишки. В 28 (33,3 %) случаях визуализирован патологический очаг в виде симптома «ложной почки», у 17 (20 %) пациентов выявлены отдаленные метастазы и у 33 (39 %) выявлена свободная жидкость в брюшной полости, которая свидетельствовала о запущенности заболевания. Ректороманоскопию удалось выполнить у 59 (70,2 %) больных: в 11 (13,1 %) случаях обнаружена стенозирующая опухоль прямой кишки, а в других случаях патологии в прямой кишке и ректосигмоидном переходе не выявлено.

С помощью колоноскопии, которая была проведена 73 (87 %) больным в ургентном порядке, в 56 (76 %) случаях выявлена стенозирующая опухоль ободочной кишки различной локализации. У 25 пациентов (44,6 %) диагно-

стическая колоноскопия трансформирована в лечебную. Под контролем колоноскопа был проведен зонд выше опухоли с помощью которого эвакуировано содержимое толстой кишки из вышележащих отделов.

Обсуждение результатов исследования. У 12 (14,3 %) больных, оперированных на фоне острой обтурационной непроходимости кишечника было выполнено радикальное вмешательство с формированием толстокишечного анастомоза. Из них умерло 2 пациента, летальность составила 2,3 %. Радикальное оперативное вмешательство по типу операции Гартмана произведено у 19 (22,6 %), умерло 6 (7 %) пациентов; обходной анастомоз у больных с ОНК и генерализацией опухолевого процесса выполнен у 18 (21 %) больных, умерло 3 (3,6 %); колостомия сформирована у 35 (42 %) больных, в этой группе больных умерло 7 (8,3 %) больных. Причиной летальных случаев послужило у 3 (3,6 %) продолжающийся перитонит, у 9 (10,7 %) послеоперационная пневмония, и у 6 (7 %) явления сердечно-сосудистой недостаточности. Летальность составила 21 %.

При сравнительной оценке диагностической ценности методов исследования было выявлено преимущество УЗИ и колоноскопии над рентгенологическим исследованием. Так, у 258 больных с частичной кишечной непроходимостью всем выполнили обзорную рентгенографию органов брюшной полости. Рентгенологические признаки непроходимости кишечника были выявлены у 157 (61 %) пациентов. При ультразвуковом исследовании у 100 % случаев были выявлены признаки непроходимости кишечника. У 101 пациента (39 %) выявлен уровень обструкции, у 41 (16 %) выявлены отдаленные метастазы и у 23 (19 %) пациентов выявлена свободная жидкость в брюшной полости. Ректороманоскопию выполнили 188 (73 %) больным — стенозирующую опухоль прямой кишки диагностировали у 68 (26,4 %) пациентов. Колоноскопия, которая была произведена у 190 (76,3 %) больных, во всех случаях дала возможность выявить опухоль толстой кишки различной локализации: в 62 (24 %) случаях колоноскопия являлась диагностически-лечебной процедурой.

Больные с частичной кишечной непроходимостью оперированы в плановом порядке. Им были выполнены следующие оперативные вмешательства: колостомия или обходной анастомоз у 23 (9 %) больных, летальных исходов не было, радикальную операцию по типу Гартмана или экстерпацию прямой кишки выполнили у 52 (20 %) пациентов, умерло 2 (3,8 %) больных; резекция сегмента кишки с межкишечным анастомозом выполнена у 183 (71 %) пациентов, летальность составила 3,1 %

(8 больных). Объем оперативного вмешательства был обусловлен выявленным во время операции степенью распространенности патологического процесса. Летальность в группе больных с хронической толстокишечной непроходимостью, оперированных в плановом порядке составила 10 (4 %) пациентов.

Следует отметить, что причиной летальных исходов явилось у 3 (1,2 %) несостоятельность межкишечного анастомоза, у 4 (1,6 %) явления сердечной недостаточности, и 3 (1,2 %) послеоперационные пневмонии.

Выводы

1. На непосредственные результаты лечения больных с колоректальным раком, осложнен-

ным непроходимостью кишечника, влияет степень декомпенсации заболевания, которая зависит от длительности его существования.

2. Ультразвуковое исследование, по сравнению с обзорной рентгенографией органов брюшной полости, позволяет установить диагноз толстокишечной непроходимости, в большинстве случаев определить уровень обструкции толстой кишки и степень запущенности патологического процесса, что существенно влияет на выбор лечебной тактики у этой группы больных.

3. Колоноскопия в отдельных случаях может разрешить острую кишечную непроходимость, благодаря чему удается провести более качественную предоперационную подготовку.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бардюк А.Я. Дифференциальная диагностика кишечной непроходимости опухолевого и воспалительного генеза / А. Я. Бардюк, Е. А. Богун, Ю. А. Гвоздик // Сб. науч. трудов «Современные достижения в гастроэнтерологии». — Х. : «Прапор», 2006. — С. 36-38.
2. Воробей А. В. Хирургическое лечение рака толстой кишки, осложненного обтурационной кишечной непроходимостью. Опыт и новые подходы / А. В. Воробей // Мед. новости. — 2005. — № 12. — С. 86-90.
3. Клиническая хирургия : Нац. рук-во в 3-х т. / Под ред. Савельева В. С., Кириенко А.И. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010.
4. 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.
5. Нурназаров И. Г. Диагностика и хирургическое лечение острой кишечной непроходимости : дис. ... канд. мед. наук / И. Г. Нурназаров. — Душанбе, 2009. — 101 с.
6. Сотниченко Б. А. Вопросы хирургической тактики при осложненном колоректальном раке / Б. А. Сотниченко, В. И. Макаров, О. Н. Дмитриев // Хирургия Украины. — 2006. — Т. 4. — С. 21-25.
7. Помазкин В.И. О тактике оперативного лечения при обтурационной кишечной непроходимости опухолевого генеза / В. И. Помазкин, Ю.В. Мансуров // Вест. хирургии им. И. И. Грекова. 2008. — Т 167, № 5. — С. 37-39.
8. Обтурационная кишечная непроходимость у больных раком прямой кишки / В. Н. Блохин, А. В. Кондратьев, С. М. Панков, Р. Ю. Чумаков // Первый конгресс московских хирургов: Тез. докл. — Москва. — 2005. — № 1. — С. 43
9. Тодуров И. М. Современные принципы и возможности хирургического лечения больных острой непроходимостью толстой кишки / И. М. Тодуров, Л. С. Белянский, Н. В. Манайло, А. В. Перехрестенко // Харківська хірургічна школа. — 2008. — № 2. — С. 290-295.



РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРУ ТОВСТОКИШКОВУ НЕПРОХІДНІСТЬ

*Т. І. Тамм,
В. В. Непомнящий,
О. Б. Даценко, О. Я. Бардюк,
Д. П. Полянський,
І. О. Дворник*

Резюме. Проаналізовано результати лікування 342 хворих з толстокишкової непрохідністю, з яких у 84 (26,6 %) хворих були ознаки гострої непрохідності кишечника (ГНК), і у 258 (54,6 %) пацієнтів були явища часткової кишкової непрохідності. Показано, що метод УЗД дозволив встановити гостру толстокишечную непрохідність кішківника (ГТНК) у 100 %, а при оглядовій рентгенографії у 61 %. Колоноскопія у хворих ГТНК в 26 % випадків дозволила перевести гостру обтураційну товстокишкову непрохідність у часткову. У групі хворих з ГОНК виконали операції: резекція товстої кишки з формуванням анастомозу - 14 % хворим; операцію Гартмана 17 % хворим; обхідний анастомоз виконаний у 21 % хворим, колостома сформована 42 % пацієнтам. Післяопераційні ускладнення склали 16 %. Летальність складала 21 %

У групі хворих з частковою непрохідністю кишечника у 183 (71 %) виконана резекція сегмента товстої кишки з формуванням межкишкового анастомозу, 52 (20 %) виконана операція Гартмана і у 23 (9 %) сформований обхідний анастомоз. Частота ускладнень складала 9 %. Летальність складала 4 %.

Ключові слова: *гостра непрохідність кишечника, колоректальний рак, ультразвукове дослідження*

RESULTS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE COLONIC OBSTRUCTION

*T. I. Tamm,
V. V. Nepomnyashchii,
O. B. Datsenko, O. J. Bardyuk,
D. P. Polanski, I. A. Dvornik*

Summary. Results of treatment of 342 patients with colonic obstruction, out of which 84 (26.6 %) patients had signs of acute intestinal obstruction (AIO), and 258 (54.6 %) patients had a partial intestinal obstruction phenomena. It is shown that the ultrasound method has allowed to establish the acute colonic obstruction (ACO) 100 %, and at the Review radiography in 61 %. Colonoscopy patients ACO in 26 % of cases of acute obstructive allowed to transfer a partial bowel obstruction. In the group of patients with AIO to perform the operation: resection of the colon with the formation of anastomosis 14 % of patients; Hartmann's operation is 17 % of the patients; bypass anastomosis was performed in 21 % of patients, colostomy formed 42 % of patients. Postoperative complications were 16 %. The mortality rate was 21 %

In patients with partial bowel obstruction in 183 (71 %) colon resection segment forming interintestinal anastomosis, 52 (52 %) of the operation performed Hartmann and 23 (9 %) formed a bypass anastomosis. The complication rate was 9 %. The mortality rate was 4 %.

Key words: *acute intestinal obstruction, colorectal cancer, ultrasound*