

УДК 617-089

Результаты диагностики и лечения толстокишечной непроходимости опухолевой этиологии в условиях ургентной хирургии

Саганов Владислав Павлович

доктор медицинских наук, доцент
Бурятский госуниверситет
670002, г. Улан-Удэ, ул. Октябрьская, 36а
E-mail: vlad-saganov@yandex.ru

Бутуханов Сергей Борисович

кандидат медицинских наук
Бурятский госуниверситет
670002, г. Улан-Удэ, ул. Октябрьская, 36а
E-mail: butukhanov_serg@mail.ru

Башкуев Булат Романович

ассистент
Бурятский госуниверситет
670002, г. Улан-Удэ, ул. Октябрьская, 36а
E-mail: bashkuev@inbox.ru

Решетников Денис Игоревич

кандидат медицинских наук
Бурятский госуниверситет
670002, г. Улан-Удэ, ул. Октябрьская, 36а
E-mail: reshetnikov-den@inbox.ru

Хитрихеев Владимир Евгеньевич

доктор медицинских наук, профессор
Бурятский госуниверситет
670002, г. Улан-Удэ, ул. Октябрьская, 36а
E-mail: khitrikheev-ve@yandex.ru

Острая кишечная непроходимость (ОКН) — синдром частичного или полного прекращения нарушения пассажа содержимого по желудочно-кишечному тракту. Острая кишечная непроходимость чаще встречается у мужчин. Статистика указывает, что количество мужчин, в среднем, составляет до 65%, а женщин — до 35%. Наибольшее количество больных с острой непроходимостью встречаются в летний и осенний сезоны. Именно в это время идет нагрузка на кишечник пищей, которая содержит растительную клетчатку. Острая кишечная непроходимость может являться осложнением различных заболеваний. Пациенты с данной патологией требуют экстренной медицинской помощи, поэтому владеть диагностикой и алгоритмом ведения таких больных должен врач любой специальности. В исследуемой работе проведен анализ результатов диагностики и лечения с острой кишечной непроходимостью опухолевого генеза в отделении гнойной хирургии ГАУЗ РК БСМП им. В. В. Ангапова г. Улан-Удэ.

Ключевые слова: острая кишечная непроходимость опухолевого генеза.

Введение

Кишечная непроходимость опухолевого генеза — это нарушение нормального продвижения пищевого комка по желудочно-кишечному тракту, вызванное механическими (обструкция просвета кишечника изнутри или снаружи), которая может являться результатом роста злокачественного или доброкачественного новообразования кишечника [1,2].

Кишечная непроходимость на фоне новообразований, является обтурационной непроходимостью и в большинстве случаев является толстокишечной [3, 4]. К развитию синдрома кишечной непроходимости, могут приводить злокачественные новообразования слепой кишки, ободочной кишки и прямой кишки [5, 6]. Чрезвычайно редко кишечная непроходимость опухолевого генеза бывает вызвана новообразованиями тонкой кишки и доброкачественными опухолями кишечника [7, 8]. Обтурация кишки может также возникнуть, вследствие перекрытия просвета кишечной трубки первичной опухолью или в результате прорастания опухолевого процесса, исходящего из близлежащих тканей и органов [9, 10].

Острая кишечная непроходимость, в преобладающем большинстве случаев является осложнением колоректального рака, которое встречается у 15-20% пациентов и наблюдается в различной возрастной категории, но гораздо чаще у больных более 50-летнего возраста [11].

Проблема диагностики и хирургического лечения больных с острой кишечной непроходимостью (ОКН) являются одним из самых сложных в urgentной хирургии, что обусловлено неуклонным ростом числа данного контингента пациентов, поздним обращением в стационар.

Хирургическое лечение острой кишечной непроходимости сопровождается высоким уровнем смертности и достигает 25%, а также часто сопровождаются развитием послеоперационных осложнений [12].

Материалы и методы

Материалом настоящей работы являются результаты ретроспективного исследования 124 больных с острой кишечной непроходимостью опухолевой этиологии в отделении гнойной хирургии Республиканской клинической больницы скорой медицинской помощи им. В. В. Ангапова г. Улан-Удэ в период 2014–2016 гг.

Ежегодно в отделении гнойной хирургии (ОГХ) ГАУЗ РК БСМП им. В. В. Ангапова получают экстренную и плановую медицинскую помощь в среднем 1 030 пациентов (2014 г. — 1026 чел.; 2015 г. — 1031 чел.; 2016 г. — 1023 чел.). Процент госпитализированных пациентов по экстренным показаниям из года в год неуклонно растет и составил: 2014 г. — 89,1%; 2015 г. — 92,2%; 2016 г. — 93,8%.

Из всех пролеченных пациентов за 2014–2016 гг. в отделении на долю нозологической группы — острая толстокишечная непроходимость опухолевого генеза (код МКБ 10: С-17; 18; 19; 20) — приходится в среднем 41 человек в год, что составило по годам всех пролеченных пациентов в ОГХ: в 2014 г. — 38 чел. (3,7%); в 2015 г. — 44 чел. (4,3%); в 2016 г. — 42 чел. (4,1%).

Мужчины с острой толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза составили 54 (43,5%), женщины — 70 (56,5%) (табл. 1).

Таблица 1

Соотношение пациентов по полу, n (%)

Год (число больных)	Мужчин (%)	Женщин (%)
2014 (38)	21 (55,3)	17 (44,7)
2015 (44)	19 (43,2)	25 (56,8)
2016 (42)	14 (33,3)	28 (66,7)
Всего (124)	54 (43,5)	70 (56,5)

Таким образом, в данной нозологической структуре незначительно преобладали женщины.

Кишечная непроходимость — грозное осложнение, часто требующее экстренного хирургического вмешательства, когда времени на подготовку пациента нет.

Консервативную терапию: промывание желудка, сифонные клизмы, аспирацию дуоденального и кишечного содержимого, введение спазмолитиков или антихолин-эстеразных средств, при неэффективности проводили не более 2-х часов.

Все операции выполнялись по экстренным показаниям, впервые выявленном раке кишечника у пациентов, на фоне осложнений в виде острой толстокишечной непроходимости, перфорации стенки кишки и развитием перитонита. Объем оперативного вмешательства определяли местом поражения, стадией развития болезни, наличием осложнений и канцероматоза, общим состоянием пациента с учетом сопутствующих заболеваний.

Результаты и их обсуждение

При исследовании установлено, что за исследуемый период с 2014 по 2016 г. в ГАУЗ РК БСМП им. В. В. Ангапова у пациентов с острой толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза причиной обтурации кишки явились опухоли ободочной кишки — 85 (68,5%) (табл. 2).

Таблица 2

Этиология острой толстокишечной непроходимостью
опухолевого генеза, n (%)

Год (число больных)	Код МКБ-10			
	С 17	С 18	С 19	С 20
2014 (38)	0	23 (60,5%)	7 (18,4%)	8 (21,1%)
2015 (44)	1 (2,3%)	29 (65,9%)	7 (15,9%)	7 (15,9%)
2016 (42)	0	33 (78,6%)	6 (14,3%)	3 (7,1%)
Всего (124)	1 (0,8%)	85 (68,5%)	20 (16,1%)	18 (14,6%)

Примечание: С 20 — злокачественное новообразование прямой кишки;
С 19 — злокачественное новообразование ректосигмоидного соединения;
С 18 — злокачественное новообразование ободочной кишки;
С 17 — злокачественное новообразование тонкого кишечника.

Второй причиной возникновения острой толстокишечной непроходимости были опухоли ректосигмоидного отдела толстой кишки — 20 (16,1%). Третий фактор в этиологии составили опухолевые процессы, локализованные в прямой кишке, — 18 (14, 6). Считаем казуистическим случаем верифицированную опухоль, перекрывающую полностью просвет участка тонкой кишки у пациента 19-ти лет (0,8%).

В 19% случаев у оперированных больных в момент выполнения хирургического вмешательства в ОГХ РК БСМП интраоперационно устанавливали IV стадию рака кишки и диагностировали отдаленные метастазы, преимущественно в печень и легкие на фоне развития кишечной непроходимости. В результате этого пациентам выполнялись паллиативные хирургические вмешательства в виде наложения колостом.

В 81% случаев больным раком кишки в момент выполнения хирургического вмешательства устанавливали III–IV стадию заболевания на фоне острой толстокишечной непроходимости и перитонита. Одномоментные резекции опухоли с наложением анастомозов у данной категории пациентов ввиду высокого риска развития несостоятельности швов не выполнялись. В таких случаях применялись двухэтапные операции. То есть первым этапом выполняли резекцию участка кишки с опухолью и ушиванием дистального конца с выведением проксимального в виде одноствольного ануса или наложение двуствольного искусственного заднего прохода. Вторым этапом через 6–12 месяцев в плановом порядке проводили восстановление непрерывности кишечника.

При раке правой половины ободочной кишки — 23 (27%) производили правостороннюю гемиколэктомию (резецировали терминальный отдел подвздошной кишки на протяжении 15–20 см, слепую кишку, восходящую с переходом до средней части поперечной ободочной кишки), завершая оперативное вмешательство наложением одноствольной колостомы.

При раке средней трети поперечной ободочной кишки — 29 (34%) производили резекцию поперечной ободочной кишки с наложением одноствольной колостомы.

При раке левой половины ободочной кишки — 33 (39%) проводили левостороннюю гемиколэктомию (резецировали участок поперечной ободочной кишки, нисходящую ободочную кишку и участок сигмовидной ободочной кишки), заканчивая операцию наложением одноствольной колостомы.

При раке прямой кишки — 18 (14,6%) выполнялись операции Гартмана с резекцией пораженного участка кишки и ушиванием дистального отрезка кишки наглухо с формированием одноствольной сигмостомы на передней брюшной стенке из проксимального отрезка кишки.

Все больные с острой толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза были распределены по возрасту (табл. 3).

Таблица 3

Распределение больных по возрасту, n (%)

Год (число больных)	18–29 лет (%)	30–39 лет (%)	40–49 лет (%)	50–59 лет (%)	старше 60 лет (%)
2014 (38)	1 (2,6)	2 (5,3)	2 (5,3)	5 (13,1)	28 (73,7)*
2015 (44)	0	1 (2,3)	0	9 (20,4)	34 (77,3)*
2016 (42)	1 (2,4)	1 (2,4)	2 (4,8)	4 (9,5)	34 (80,9)*
Всего (124)	2 (1,6)	4 (3,2)	4 (3,2)	18 (14,5)	96 (77,5)*

Примечание: * — достоверность различий ($p < 0,05$) между группами больных

Так, было установлено, что преимущественно ($p < 0,05$) данной патологией страдали пациенты старше 60 лет 96 (77,5%). Все больные старше 60 лет имели тяжелые сопутствующие терапевтические патологии (ИБС, сахарный диабет, ХОБЛ и др.).

Выявленное нами обстоятельство в ходе исследования значительно повлияло на результаты лечения больных с острой толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза (табл. 4).

Таблица 4

Результаты лечения больных с острой толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза, n (%)

Год (число больных)	С 17	С 18 (%)	С 19 (%)	С 20 (%)	Летальность (%)
2014 (38)	0	4 (57,1)	0	3 (42,9)	7 (18,4)
2015 (44)	0	3 (75)	1 (25)	0	4 (9,1)
2016 (42)	0	7 (70)	2 (20)	1 (10)	10 (23,8)
Всего (124)	0	14 (11,3)	3 (2,4)	4 (3,2)	21 (16,9)

Примечание: С 20 — злокачественное новообразование прямой кишки;
С 19 — злокачественное новообразование ректосигмоидного соединения;
С 18 — злокачественное новообразование ободочной кишки;
С 17 — злокачественное новообразование тонкого кишечника

Так, в основном больные с острой толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза умирали от новообразований ободочной кишки — 14 (11,3%). При опухолях ректосигмоидного соединения и прямой кишки летальность составляла 3 (2,4%) и 4 (3,2%) соответственно. При опухоли тонкого кишечника летальных исходов за исследуемый период мы не наблюдали.

Летальность от острой толстокишечной непроходимости опухолевого генеза за 2014–2016 гг. составила 21 пациент и распределились по половому признаку: 12 (57,1%) женщин (табл. 4), мужчин — 9 (42,9%) (табл. 5). Столь высокая летальность обусловлена поздним обращением больных в стационар с момента начала заболевания, пожилым возрастом пациентов и наличием тяжелой сопутствующей патологии.

Таблица 5

Распределение летальности по годам и полу, n (%)

Год — умерло (%)	Мужчины (%)	Женщины (%)
2014 — 7 (18,4)	5 (71,4)	2 (28,6)
2015 — 4 (9,1)	1 (25)	3 (75)
2016 — 10 (23,8)	3 (30)	7 (70)
Всего — 21 (16,9)	9 (42,9)	12 (57,1)

Таким образом, не будет преувеличением назвать острую кишечную непроходимость мультидисциплинарной проблемой так как, данная категория пациентов может обращаться к врачу любой специальности. Следовательно, у каждого врача должна быть онкологическая настороженность.

Выводы

1. Эффективность лечения данной категории больных зависит от сроков госпитализации, возраста, который сопровождается сопутствующей патологией и своевременности оказания специализированной медицинской помощи.

2. В связи с большим числом пациентов, страдающих онкопатологией, требующих экстренного хирургического вмешательства, имеется необходимость создания круглосуточного отделения ургентной онкологии.

Литература

1. Савельев В. С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости // М.: Триада-Х, 2004. С. 640.
2. Ермолов А. С., Рудин Э. П., Оюн Д. Д. Выбор метода хирургического лечения обтурационной непроходимости при опухолях ободочной кишки // Хирургия. 2004. №2. С. 4–7.
3. Muñoz M. T., Solís Herruzo J. A. Chronic intestinal pseudo-obstruction // Rev Esp Enferm Dig 2007. 99 (2): 100–111.
4. Maglinte D. D. T., Heitkamp E. D., Howard J. T., Kelvin M. F, Lappas C. J. Current concepts in imaging of small bowel obstruction // Radiol Clin N Am 2003; 41: 263–283.
5. Dedouit F., Otal P. Images in clinical medicine. Small-bowel obstruction // Engl J Med 2008; 358 (13): 1381.
6. Romano S., Bartone G., Romano L. Ischemia and infarction of the intestine related to obstruction // Radiol Clin North Am 2008; 46 (5): 925–942.
7. Топузов Э. Г., Плотников Ю. В., Абдулаев М. А. Рак ободочной кишки, осложненный кишечной непроходимостью (диагностика, лечение, реабилитация). СПб., 1997. С. 154.
8. Маев И. В., Самсонов А. А., Дичева Д. Т., Андреев Д. Н. Обстипационный синдром // Медицинский вестник МВД. 2012. №59 (4). С. 42–45.
9. Zielinski M. D., Bannon M. P. Current management of small bowel obstruction // Adv Surg 2011; 45: 1–29.
10. Batke M., Cappell M.S. Adynamic ileus and acute colonic pseudoobstruction // Med Clin North Am 2008; 92 (3): 649–670.

11. Harold B. Urgent treatment of patients with intestinal obstruction // Emerg Nurse 2011; 19 (1): 28–31.

12. Sule A.Z., Ajibade A. Adult large bowel obstruction: a review of clinical experience // Ann Afr Med 2011; 10 (1): 45–50.

Results of Diagnosing and Treating Colonic Obstruction of Neoplastic Etiology under the Conditions of Urgent Surgery

Vladislav P. Saganov

Dr. Sci. (Medicine), Assistant Prof.

Buryat State University

670002, Ulan-Ude, ul. October, 36 a

E-mail: vlad-saganov@yandex.ru

Sergey B. Butukhanov

Cand. Sci. (Medicine)

Buryat State University

36a Oktyabrskaya St., Ulan-Ude 670002, Russia

E-mail: butukhanov_serg@mail.ru

Bulat R. Bashkuev

Assistant

Buryat State University

36a Oktyabrskaya St., Ulan-Ude 670002, Russia

E-mail: bashkuev@inbox.ru

Denis I. Reshetnikov

Cand. Sci. (Medicine)

Buryat State University

36a Oktyabrskaya St., Ulan-Ude 670002, Russia

E-mail: reshetnikov-den@inbox.ru

Vladimir E. Khitrikheev

Dr. Sci. (Medicine), Prof.

Buryat State University

36a Oktyabrskaya St., Ulan-Ude 670002, Russia

E-mail: khitrikheev-ve@yandex.ru

Acute intestinal obstruction (AIO) is a syndrome of partial or complete cessation of the passage contents of the gastrointestinal tract.

AIO is more common in men. Statistics indicates that the number of men, on average, amounts up to 65% and women — to 35%. The largest number of patients with AIO occurs in summer and autumn seasons. It is the time when the intestine gets more high-fiber foods. Acute intestinal obstruction can be a complication of various diseases. Patients with the disorder require emergency medical help; therefore, doctor of any specialty must have skills in making a correct diagnosis and know an algorithm of such patients' management.

The work represents the analysis of the results of diagnosis and treatment of acute intestinal obstruction of tumor Genesis in the Department of Purulent Surgery, Republican Clinical Emergency Hospital named after V. V. Angapov, Ulan-Ude.

Keywords: acute intestinal obstruction of tumor Genesis.