

**Б.М. Нурмуханов¹, Е.Н. Слабкова¹, И.А. Эм¹,
Б.А. Айтмолдин¹, Ш.Т. Нурмуханова²**

¹КГКП «Больница скорой медицинской помощи»
²КГКП «Областной противотуберкулезный диспансер»

РАК ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА, ОСЛОЖНЕННЫЙ ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Хирургиялық бөлімдерде тоқ ішек ісігі ауруының емдеу әдістерін авторлар қарастырды. Зерттеу нәтижесі бойынша тоқ ішек ісігі ауруын интраоперациялық емдеу әдісі емдеу жетістіктері мен кемшіліктері анықталды.

The authors give methods treatment the cancer large intestine complicated of intestinal obstruction of surgical departments. According to the results a study the paper gives intraoperative methods treatment of surgical patients with cancer large intestine complicated intestinal obstruction, merits and shortcomings of treatment.

Самым частым осложнением рака ободочной кишки является толстокишечная непроходимость, которая встречается у 20-40% всех больных раком ободочной кишки [1-4].

Исходя из вышеизложенного, целью исследования явилось изучение распространенности рака ободочной кишки, осложненного острой обтурационной кишечной непроходимостью в условиях хирургических отделений КГКП «Больница скорой медицинской помощи» в динамике 2006-2007 гг.

Объем и методы исследования. За 2006-2007 гг. в хирургических отделениях КГКП «Больница скорой медицинской помощи» – БСМП – прооперировано 34 больных с опухолью толстой кишки, осложненной обтурационной толстокишечной непроходимостью. Возраст больных варьировал от 42-х до 82-х лет. Из них пациенты мужского пола составили 13 человек, женского пола – 21 человек.

Результаты и их обсуждение. При анализе запущенности заболевания основной причиной явилось скрытое течение заболевания. У 23-х больных (68%) до проявления заболевания с явлениями кишечной непроходимости раннее жалоб не было. У 4-х больных в течение нескольких месяцев (до 6-ти месяцев) беспокоили слабость, похудание, периодически вздутие живота, запоры.

Один больной состоял на учете в онкодиспансере. В БСМП поступил с рецидивом рака прямой кишки с кишечной непроходимостью. Оставшиеся 33 пациента за медицинской помощью ранее не обращались. Период от появления первых клинических признаков заболевания до развития полной кишечной непроходимости, по данным анамнеза, составил в среднем 6 месяцев.

При анализе лабораторных данных изменения выявлены у 23-х больных – 60%. У 14-ти больных – анемия до 80 г/л. У 3-х больных гемоглобин при поступлении составил от 160 до 200 г/л, что свидетельствовало о явлениях гемоконцентрации при кишечной непроходимости. У 17-ти больных в анализах крови определялся повышенный лейкоцитоз, скорость оседания эритроцитов – СОЭ – колебалась в пределах от 25 до 60 мм/час.

Всем больным при поступлении выполнена обзорная рентгенография органов брюшной полости. У 29-ти больных (82%) выявлена картина острой механической кишечной непроходимости.

По данным литературы отмечается 100% диагностическая эффективность срочной ирригоскопии [3]. У 50% больных была выполнена ирригоскопия, результаты которой определили у всех пациентов наличие опухоли кишечника.

Как известно, большое значение при остром заболевании, как кишечная непроходимость, имеют сроки поступления. В первые 6 часов от начала заболевания не поступил ни один больной. Через 12 часов госпитализировано 6, в первые сутки обратилось 5-ро больных. Позже суток обратилось 23 больных. Анализ результатов исследования показал, что поздняя госпитализация составила 82%.

Всем больным производилась предоперационная подготовка в зависимости от тяжести и запущенности заболевания от 2-х до 6-ти часов. В экстренном порядке в первые 6 часов было прооперировано 19 больных (59%), на вторые и третьи сутки прооперировано 5 больных. Двое больных в первые сутки отказались от оперативного лечения.

У трех больных после консервативного лечения острая кишечная непроходимость разрешилась. Больные в плановом порядке подверглись плановому радикальному оперативному вмешательству на 7 и 10 сутки.

У 20% больных после консервативного лечения наблюдалось кратковременное клиническое улучшение: наличие стула после очистительных клизм, отхождение газы. Через несколько часов приступы болей в животе повторились. После подтверждения и уточнения диагноза повторными рентгенологическими исследованиями, ирригоскопии, больные оперированы к концу первых суток или на вторые. Летальных исходов в данной группе не наблюдалось.

Анализ результатов исследования выявил различную локализацию опухолевого процесса на толстой кишке. Поражение правой половины ободочной кишки было зафиксировано у пятерых больных. У 28 больных опухоль локализовалась в левой половине. В нисходящем отделе и сигме – у 18-ти больных, в ректосигмоидном отделе – у 6-ти больных, в прямой кишке – у 4-х. По стадии заболевания больные разделились следующим образом – у 23 больных опухоль II и III стадии, у 11 больных – IV стадии.

Гистологическое исследование, проведенное у 18-ти больных, выявило: у 17-ти больных – низко и умеренно-дифференцированную аденокарциному, у 1 больного – перстневидно-клеточный рак прямой кишки.

В зависимости от состояния больного применялись различные виды оперативного вмешательства. Ликвидация кишечной непроходимости и удаление опухоли во время первой операции в наибольшей степени удовлетворяют интересы самого больного и хирурга.

Но по литературным данным считается, что радикальные операции при раке толстой кишки противопоказаны по причине технической невозможности удаления опухолевого процесса; наличия перитонита или мутного выпота в брюшной полости; крайне тяжелого состояния больного [2]. Операции выполняются с удалением опухоли только в первые 12 часов после развития осложнений. А у больных старше 60-ти лет на первом этапе всегда накладывается колостома. Поэтому в некоторых случаях приходится отказываться от операции с удалени-

ем опухоли, и ограничиться выполнением разгрузочных операций.

В хирургических отделениях БСМП радикальная операция выполнена у 19-ти больных (56%). У 10-ти больных выполнена разгрузочная паллиативная операция – колостомия. У 3-х больных – обходной илеотрансверзанастомоз. У 2-х больных с опухолью кишки II стадии колостома наложена как I этап оперативного вмешательства. Через 2 недели после подготовки выполнена радикальная операция – гемиколэктомия.

Хирургическая тактика у больных с онкопатологией толстого кишечника выбирается индивидуально. Главная задача – ликвидация кишечной непроходимости и если нет противопоказаний (перитонит, прорастание соседних органов, пожилой и старческий возраст, крайне тяжелое состояние) – удаление опухоли.

Удельный вес летальных исходов после проведенного оперативного вмешательства по поводу онкологической патологии толстого кишечника составил 24% – 8 случаев. По литературным данным различных авторов летальность после аналогичной операции составляет 25-35%. Причиной смерти больного явились интоксикация – 4 случая, тромбоз легочной артерии – 2 случая, острая сердечно-сосудистая недостаточность у 2-их больных с постинфарктным кардиосклерозом, пневмонией.

В постоперационном периоде в 3-х случаях наблюдалось нагноение раны, в одном случае - пневмония, в одном случае – флеботромбоз нижней конечности. Причинами, способствующими гнойным осложнениям, у 2 больных было ожирение, у 1 больной – сахарный диабет. Частота гнойно-воспалительных осложнений по данным разных авторов колеблется от 30 до 70%.

Таким образом, больные с опухолью толстой кишки, осложненной обтурационной кишечной непроходимостью, поступают в поздние сроки в тяжелом состоянии, что неблагоприятно сказывается на результатах лечения. 70% контингента исследованных с данной патологией люди старше 60-ти лет, нередко с тяжелой сопутствующей патологией. Тактика ведения такой категории пациентов должна быть строго индивидуальна, т.к. радикальные операции нередко для таких больных являются чрезмерно обширными. Так, у больных с перерастянутой кишечной стенкой операция Гартмана может осложниться некрозом приводящей петли, поэтому целесообразнее выполнение разгрузочной колостомии на первом этапе. Консервативные мероприятия, которые дают кратковременный эффект, приводят к задержке необходимой операции. Поэтому надо стремиться к быстрому уточнению диагноза с использованием срочного ирригоскопического исследования, не переводя ее в плановое мероприятие на следующий день. При установлении правильного диагноза необходимо проводить раннее хирургическое вмешательство.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Ефимов Г.А. Хирургическая тактика при осложненном раке ободочной кишки у больных пожилого и старческого возраста / Автореферат диссертации. – М., 1990. – 18 с.
- 2 Симич П. Хирургия кишечника. – Бухарест, 2001. – С. 34-51.
- 3 Ганичкин А.М. Рак толстой кишки. – Л., 1990. – С. 47-63.
- 4 Александров Н.И., Лыткин М.И., Петров В.П. Неотложная хирургия при раке толстой кишки. – Минск, 1980. – С. 46-51.