

## КАК ИЗМЕНИЛИСЬ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ РАКОВОЙ ЭТИОЛОГИИ В ИСТОРИЧЕСКОМ АСПЕКТЕ

*Рычагов Г. П., Потков О. В., Высоцкий Ф. М., Лемешевский А. И.  
УО «Белорусский государственный медицинский университет»,  
г. Минск, Республика Беларусь*

**Актуальность.** Несмотря на современные достижения хирургии и интенсивной терапии результаты лечения острой обтурационной толстокишечной непроходимости раковой этиологии (ООТНРЭ) нельзя признать удовлетворительными, т. к. послеоперационная летальность достигает 20 и более процентов.

Сохраняется высокий уровень заболеваемости с тенденцией ее роста. Остаются спорными лечебная тактика и выбор способа оперативного вмешательства.

**Цель.** Дать оценку ряду факторов, таких как возраст, сроки госпитализации и др., влияющих на результаты.

На большом фактическом материале и длительном промежутке времени наблюдения определить, каким образом изменились подходы в решении общих и частных вопросов диагностики и лечения ООТНРЭ.

**Материалы и методы.** С 1980 по 2012 гг. под нашим наблюдением находилось 889 больных с острой кишечной непроходимостью (ОКН), поступивших в хирургическое отделение 3-й ГКБ г. Минска. Всех больных мы разделили на 2 группы. 501 больной – с ОКН, лечившихся с 1980 по 2000 гг. и 388 – с 2002 по 2012 гг. В первую группу вошли 177 (35,3 %), во вторую – 170 (43,8 %) больных ООТНРЭ.

Для диагностики ОКН мы использовали клиничко-лабораторные данные, выполняли обзорную рентгенографию органов брюшной полости (ОБП), в показанных случаях рентгеноконтрастное исследование верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, ирригоскопию и –графию, ректо- и колоноскопию, УЗИ органов брюшной полости, КТ и ЯМРТ.

**Результаты и обсуждение.** В первой группе женщины с ООТНРЭ составили 51 %, мужчины – 49 %, во второй – 51,2 % и 48,8 %, соответственно. Возраст этих больных старше 60 лет был в 64,4 % в первой и 68,9 % – во второй группах. Локализация опухоли в одной и второй группе существенно не отличалась и, чаще всего, она определялась в левой половине толстой кишки (52,2 и 52,1 %). Осложнения в виде перфорации опухоли, перитонита без перфорации и кровотечения на фоне ОКН отмечены в 34,7 и 17,6 %, соответственно. Сроки госпитализации в историческом плане также существенно не изменились: до 5 суток поступили в стационар в первой группе 52 %, во второй – 50 % больных. Остальные госпитализированы спустя 5–12 суток.

При оценке тяжести состояния больных по шкале SAPS тяжелая степень в первой группе установлена в 31,7 %, во второй – 30,9 %, средняя – 37,4 и 42,1 %, легкая – 30,9 и 27 % соответственно.

Определение степени тяжести позволяло подходить дифференцировано к срокам и объему предоперационной подготовки и выбору способа операции.

Лечение ООТНРЭ начиналось с консервативной терапии, которая оказалась эффективной в 19,9 % в первой и 17,4 % во второй группах, когда удалось разрешить синдром ОКН и больных прооперировать в плановом порядке. В остальных случаях больные были оперированы по экстренным показаниям, консервативное лечение рассматривалось как предоперационная подготовка. Радикальные операции в первой группе составили 51,5 %, а паллиативные – 48,5 %. Во второй – 69 и 31 % соответственно. Резекция кишки в первой группе выполнена в 51,5 % случаев с наложением анастомоза в 32,7 % и колостомы в 37,9 %. Во второй она выполнена в 73,1 % с формированием анастомоза в 32,7, а колостомы – в 67,3 %.

У остальных больных обеих групп были выполнены разгрузочные стомы или обходные анастомозы. В случае завершения резекции кишки с опухолью прибегали к формированию анастомоза бок в бок (45,9 и 39,7 %), конец в конец (41,6 и 35,9 %) и конец в бок (12,5 и 17,9 %). Степлерные и инвагинационные (5 и 2,5 %) применялись лишь во второй группе.

Послеоперационные осложнения в первой группе отмечены в 58, во второй – 36,7 %.

Несостоятельность анастомоза в первой группе наблюдалась в 20,8 %, во второй – 7,7 %, прогрессирование перитонита – 10,7 и 6,7 %, нагноительные заболевания – 19,1 и 16,8 % и другие осложнения 24,3 и 10,9 % соответственно.

Послеоперационная летальность в первой группе составила 27,2 %, во второй – 17,6 %. После радикальных вмешательств в первой группе была равна 17,5, а во второй – 7,3 %.

**Выводы.** При рассмотрении проблемы ООТНРЭ в историческом разрезе на протяжении 32 лет установлено, что половой, возрастной состав, сроки госпитализации, локализация опухоли, характер осложнений и степени тяжести больных существенным образом не изменились. Отмечено некоторое улучшение качества диагностики, техники выполнения оперативных вмешательств, предоперационной подготовки и послеоперационного лечения, что позволило повысить уровень выполнения радикальных оперативных вмешательств, снизить с 58 до 36,7 % частоту послеоперационных осложнений и с 27,2 до 17,6 % послеоперационную летальность.