

*Е.С. Бушлякова*

## **ТАКТИКА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ**

*Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. А.А. Безводицкая*

*Кафедра общей хирургии,*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

*5-я ГКБ, г. Минск*

**Резюме:** Проанализирована 61 медицинская карта пациентов, поступивших с предварительным диагнозом ОКН в 1-ое хирургическое отделение УЗ «Городская клиническая больница №5 г. Минска» в 2016 г. Изучены результаты обследования, характер и объем хирургических вмешательств, послеоперационные осложнения и летальность.

**Ключевые слова:** Острая непроходимость, опухоль, кишечник, лечение.

**Resume.** We've analyzed 61 medical cards of patients, who were delivered in the 1st surgical department of the 5th City Clinical Hospital of Minsk with the preliminary diagnosis of intestinal obstruction in the year 2016. We examined the results of a medical examinations, nature of operational interventions and its scope, postoperative complications and fatality.

**Keywords:** Acute intestinal obstruction, tumor, bowel, treatment.

**Актуальность.** ОКН издавна считается одним из наиболее грозных патологических состояний в абдоминальной хирургии. Занимает одно из ведущих мест в структуре неотложных заболеваний органов брюшной полости. Заболеваемость колеблется от 4 до 25 человек на 100.000 населения. У 30-40 % пациентов операция выполняется позднее 24 часов от начала заболевания с послеоперационной летальностью до 20%.

До 85% пациентов с колоректальным раком в результате длительного бессимптомного течения заболевания и недостаточной онкологической настороженности врачей госпитализируются с осложненными формами заболевания.

Поздняя госпитализация и несвоевременно проведенная операция вызывают развитие послеоперационных осложнений и высокий уровень летальности, достигающий 25%.

**Цель:** Определить тактику оперативного лечения при ОКН опухолевого генеза.

**Задачи:** Определить сроки выполнения и объём оперативного вмешательства у пациентов с ОКН опухолевого генеза.

**Материал и методы.** Ретроспективно изучена 61 медицинская карта пациентов, которые поступили с предварительным диагнозом ОКН в 1-ое хирургическое отделение УЗ «Городская клиническая больница №5 г. Минска» в 2016 г.

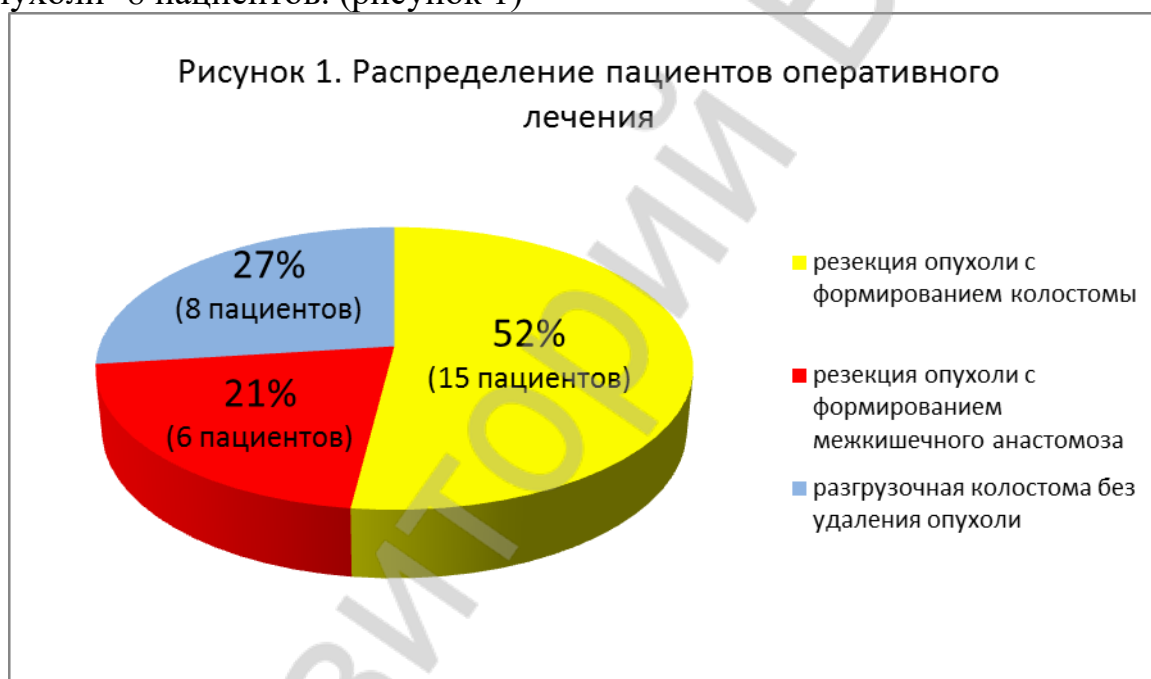
**Результаты и их обсуждение.** В ходе исследования выяснено: В течение первых суток в стационар поступили -21%, на вторые сутки - 51%, на третьи и позднее - 28% пациентов. Среди них мужчин было -39%, женщин было - 61%. Возраст пациентов варьировал от 45 до 89 лет, при чем 80% составили люди пожилого и старческого возраста. Пожилой возраст и поздняя госпитализация обусловили большое количество сопутствующих заболеваний и тяжелое состояние при поступлении.

Из 61 пациента поступивших с предварительным диагнозом ОКН, диагноз не подтвержден у 38%(холецистит, панкреатит, синдром абдоминальной ише-

мии). Подтвержден диагноз у 62% ,из них в ходе динамического наблюдения и симптоматического лечения у 24% ОКН разрешилась. У них была выявлена опухоль не полностью обтурирующая просвет кишки. Взята биопсия и они направлены на дальнейшее лечение у онкологов.

У 76% была произведена операция. В первые 6 часов у 28 % с явными признаками перитонита (у данных пациентов была выполнена краткосрочная предоперационная подготовка). На 2 и позже сутки операция выполнена у 72% (предоперационная подготовка включала: проведение инфузионной терапии, введение антибиотиков, симптоматических препаратов, опорожнение желудка, мочевого пузыря и гигиеническую подготовку).

В зависимости от оперативного лечения пациенты распределились: резекция опухоли с формированием колостомы-15 пациентов, резекция опухоли с формированием межкишечного анастомоза-6 пациентов, разгрузочная колостома без удаления опухоли- 8 пациентов. (рисунок 1)



В послеоперационном периоде все пациенты поступили в реанимацию где получали интенсивную терапию, которая включала:

- 1) адекватное обезболивание;
- 2) инфузионно-трансфузионная терапия;
- 3) антибактериальная терапия;
- 4) симптоматическая терапия.

27 пациентов переведены из реанимации на 2-3 сутки в 1-ое (с анастомозами) и 2-ое (стомированные пациенты) хирургическое отделение.

У некоторых пациентов наблюдались осложнения в послеоперационном периоде:

Пациентка А-находилась в стационаре 48 к/дней(07.01.16 -24.02.16), у неё произведено:

В первые сутки поступления-резекция сигмы с опухолью, концевая сигмостомия. Удаление кисты правого яичника, дренирование брюшной полости.

На 6-е сутки развилась спаечная КН. 13.01 произведена релапаротомия-1, адгезиолизис, санация, ДБП.

На 2-е сутки после второй операции развилась ранняя спаечная непроходимость и 15.01 произведена релапаротомия-2, ликвидация ранней спаечной КН (адгезиолизис), ДБП.

Послеоперационный период осложнился нагноением послеоперационной раны. В ходе симптоматического лечения рана очистилась и 23.03 наложены вторичные швы. Пациентка выписана.

Пациент Б находился с стационаре 22 К/дня(01.03.16 по 23.03.16), у него произведено:

На вторые сутки после поступления-лапаротомия, правосторонняя гемиколонэктомия с илеотрасферзостомозом «бок в бок». Санация и дренирование брюшной полости.

Через 12 дней развился абсцесс малого таза. Произведено вскрытие и дренирование абсцесса. Пациент выписан.

Пациент С находился в стационаре 21 к/день ( 31.10.16- 21.11.16), у него произведено:

На вторые сутки после поступления- лапаротомия, операция по типу Гартмана с резекцией опухоли сигмовидной кишки.

Через неделю после операции нагноение п/о срединной раны, полная эвентрация органов БП

Произведена ликвидация эвентрации органов БП, санация и ДБП. Пациент выписан.

У 1 пациента на 4-е сутки развилась клиника несостоятельности межкишечного анастомоза «бок в бок», он был прооперирован с наложением колостомы, на 5 день после операции умер от полиорганной недостаточности.

У 2-х пациентов (оперируемых в первые 6 часов) с наличием разгрузочной колостомы и метастазов в брюшной полости развилась СПОН, нагноение послеоперационной раны, умерли от полиорганной недостаточности.

Таким образом летальность при ОКН опухолевого генеза составила 10,3%

#### **Выводы:**

1. Обтурационная кишечная непроходимость опухолевого генеза является показанием к оперативному лечению и результат лечения зависит от времени поступления и времени выполнения операции.

2. Объем операции при ОКН опухолевого генеза зависит от наличия метастазов, распространенности перитонита, состояния кишечной стенки и общего состояния пациента.

3. У тяжелых пациентов при ОКН опухолевого генеза объем оперативного вмешательства должен быть минимальным.

4. Высокая послеоперационная летальность обусловлена наличием метастазов в брюшной полости и поздней госпитализацией от начала заболевания.

*E.S. Bushliakova*

**TACTICS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE INTES-  
TINAL OBSTRUCTION OF TUMOR ETIOLOGY**

*Tutors: associate professor A.A. Bezdovitskaya,*

*The Department of General Surgery,*

*Belarusian State Medical University, Minsk*

*\*5rd City Clinical Hospital", Minsk*

**Литература**

1. Кишечная непроходимость: учебник / В.П. Петров, И.А. Ерюхин. Москва медицина 1989 г- 288 с.
2. Новости хирургии Том 25 № 4, 2017 г. – 405 с.
3. Вестник хирургии имени И.И. Грекова Том 174, №3, 2015 г- 22 с.
4. Общая хирургия: учебник / В. К. Гостищев. 4-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 848 с.

РЕПОЗИТОРИЙ БГМУ