

Е.С.Бушлякова
ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Научный руководитель: доц. А.В.Большов

Кафедра 2-ая хирургических болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

УЗ «ГКБСМП», г. Минск

E.S.Bushliakova

ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION OF TUMOR ETIOLOGY

Tutors: associate professor A.V.Bolshov,

The Department of 2-nd Surgical Diseases,

Belarusian State Medical University, Minsk

«City Clinical BSMP», Minsk

Резюме. Проведен анализ 137 медицинских карт пациентов, находившихся на лечении в хирургических отделениях Городской Клинической Больницы Скорой Медицинской Помощи в 2018 году, по поводу кишечной непроходимости, причиной которой явился рак толстой кишки. Изучены результаты лечения пациентов с колоректальным раком, факторы, влияющие на исход в раннем послеоперационном периоде и летальность.

Ключевые слова: острая непроходимость, опухоль, кишечник, лечение.

Resume. An analysis of 137 medical records of patients who were treated in the surgical wards of the City Clinical Emergency Hospital in 2018 was conducted regarding intestinal obstruction, which was caused by colon cancer. The results of treatment of patients with colorectal cancer, factors affecting the outcome in the early postoperative period and mortality were studied.

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

Актуальность. Лечение рака толстой кишки, осложненного острой непроходимостью, до настоящего времени остается одним из сложных вопросов неотложной хирургии и онкологии. Частота колоректального рака в последние годы заметно увеличивается. Это связано с длительным бессимптомным течением заболевания и неадекватной онкологической настороженностью врачей. В результате, до 85% пациентов с колоректальным раком госпитализируются с осложненными формами заболевания.

Поздняя госпитализация и несвоевременно проведенная операция приводят к развитию послеоперационных осложнений и высокому уровню летальности, достигающему 25%.

Цель: Оценить результаты лечения пациентов с колоректальным раком, осложненным кишечной непроходимостью.

Задачи:

1. Определить частоту неблагоприятных исходов в раннем послеоперационном периоде.
2. Выявить предикторы летальных исходов в раннем послеоперационном периоде.
3. Уточнить влияние объема оперативного вмешательства на летальность.

Материал и методы. Ретроспективно изучено 137 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в хирургических отделениях УЗ «ГКБСМП» в 2018 году, по поводу кишечной непроходимости, причиной которой явился рак толстой кишки.

Все пациенты разделены на две группы: выписанные и умершие в стационаре.

Факторами сравнения групп стали: пол, возраст, сроки госпитализации, локализация опухоли, наличие перитонита, распространенность опухолевого процесса, объем хирургического вмешательства.

Результаты и их обсуждение. Среди пациентов было мужчин 47%, женщин-53%. Возраст пациентов составил от 39 до 96 лет (в среднем 75+- 4 года). Анализ сроков госпитализации показал, что большинство больных – 79% были госпитализированы поздно (через 2–3 суток), после появления первых признаков непроходимости и 21% поступили до 12 часов. Пожилой возраст и поздняя госпитализация обусловили большое количество сопутствующих заболеваний и тяжелое состояние при поступлении.

У 76% пациентов опухоль локализовалась в ободочной кишке: левый фланг составил 43%, правый фланг 30%, поперечно-ободочная кишка 3%. У 24% пациентов опухоль локализовалась в прямой кишке (Рисунок 1).

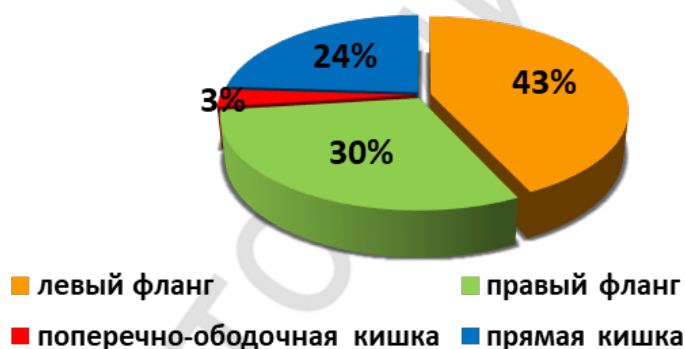


Рис.1-Локализация опухоли

Таким образом наиболее частой причиной ОКН были обтурирующие опухоли левого фланга ободочной кишки.

У 73% пациентов больных раком толстой кишки, осложненным острой непроходимостью, имели место регионарные или отдаленные метастазы.

Все пациенты были прооперированы в зависимости от локализации опухоли. Объем хирургического вмешательства составил: резекция опухоли с формированием колостомы 59%, резекция опухоли с формированием межкишечного анастомоза 34,5%, разгрузочная колостома без удаления опухоли 6,5%.

У исследуемых пациентов выявлена аденокарцинома различной степени дифференцировки: высокодифференцированная у 17,5%, умеренно дифференцированная у 61%, низкодифференцированная у 21,5%, а также слизеобразующая у 4 пациентов.

После проведенного лечения умерло 22,5% пациентов от перитонита, нарастающей опухолевой интоксикации и развившейся полиорганной недостаточности.

При сравнении факторов, влияющих на исход в раннем послеоперационном пе-

риоде, установлено: среди выписанных пациентов преобладали люди пожилого возраста, среди умерших- старческого (является статистически значимо). Пол и наличие перитонита статистической значимости не дали. По распространенности первичного очага среди умерших пациенты были только с Т3 (30%), Т4 (70%). Среди выписанных преобладала Т3 (61%). Отмечена выше летальность у пациентов с локализацией опухоли в правом фланге и прямой кишке. Это можно объяснить тем, что при локализации опухоли в правом фланге и прямой кишке более часто выявляется метастазирование в л/узлы и другие органы (Таблица 1)

Табл. 1. Локализация опухоли

Группы	Локализация опухоли			Статистически значимые различия
	Левый фланг	Правый фланг	Прямая кишка	
Выписанные	54	31	21	Chi-Square=6,496 P=0,039
Умершие	8	11	12	

Выявленные метастазы во время операции: у 45,7% выживших пациентов выявлены метастазы в л/узлы и у 27,6% отдаленные метастазы. Среди умерших пациентов у 80% выявлены метастазы в л/узлы и у 55% пациентов отдаленные метастазы. Так же исследование показало, что выбор объема хирургического вмешательства, удалять опухоль или нет, не влияет на летальность в раннем послеоперационном периоде (Таблица2)

Табл. 2. Объем операции

	Объем операции		
	Выписанные	Умершие	
Опухоль удалена	82,4%	87%	FisherP=1,000
Опухоль оставлена	17,6%	13%	Chi-

Заключение:

1. Исход лечения зависит от возраста, локализации опухоли и распространенности опухолевого процесса.
2. Характер операции при ОКН опухолевого генеза зависит от наличия метастазов, распространенности перитонита и общего состояния пациента.
3. Высокая послеоперационная летальность обусловлена наличием метастазов и поздней госпитализацией от начала заболевания.
4. Объем хирургического вмешательства не влияет на летальность в ран-

нем послеоперационном периоде

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.

Репозиторий БГМУ