

А.Е. Салина, А.А. Анслан

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. В.А. Шотт

*Кафедра хирургических болезней с курсом повышения квалификации
и переподготовки*

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

A.E. Salina, A.A. Anslan

DIAGNOSIS AND SURGICAL MANAGEMENT OF OBSTRUCTIVE LARGE BOWEL OBSTRUCTION OF TUMOR ORIGIN

Tutor: professor V.A. Shott

*Department of Surgical Diseases with Advanced Training
and Retraining Course*

Belarusian State Medical University, Minsk

Резюме. В статье рассматриваются вопросы диагностики и хирургической тактики при обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого происхождения, анализируются различные методы исследования и их диагностическая ценность в зависимости от стадии заболевания. На основании ретроспективного анализа историй болезни пациентов, предложен алгоритм диагностики и лечения, учитывающий стадию непроходимости и клиническую картину.

Ключевые слова: обтурационная толстокишечная непроходимость, колоректальный рак, компьютерная томография органов брюшной полости, фиброколоноскопия.

Resume. The article discusses the diagnosis and surgical management of obstructive colorectal obstruction of neoplastic origin, analyzes various research methods and their diagnostic value depending on the stage of the disease. Based on a retrospective analysis of patient case histories, an algorithm for diagnosis and treatment is proposed, taking into account the stage of obstruction and the clinical picture.

Keywords: obstructive colorectal obstruction, colorectal cancer, computed tomography of the abdominal cavity, fibrocolonoscopy.

Актуальность. В Республике Беларусь, согласно данным Белорусского канцер-регистра за 2023 год, колоректальный рак занимает второе место в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями у женщин (12,5%) после рака молочной железы. У мужского населения этот вид рака находится на третьем месте (11,9%), уступая раку простаты и раку легкого [2]. Вместе с увеличением частоты встречаемости заболевания возрастает и частота обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза (далее – ОТКН ОП). Значительная часть подобных пациентов госпитализируется в общехирургические отделения с клиникой обтурационной кишечной непроходимости и требует хирургического вмешательства по неотложным либо срочным показаниям. В Клиническом протоколе «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с острой кишечной непроходимостью в стационарных условиях» (Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь №182 от 30.11.2023) отсутствуют рекомендации о дифференцированном применении различных методов диагностики и оперативному

лечению подобных пациентов в зависимости от стадии кишечной непроходимости [3].

Цель: определить показания к применению, разрешающую способность различных методов диагностики и хирургическую тактику при ОТКН ОП.

Задачи:

1. Выявить диагностическую ценность компьютерной томографии органов брюшной полости (КТ ОБП) и фиброколоноскопии (ФКС) в зависимости от стадии ОТКН ОП.

2. Определить диагностическую ценность обзорной рентгенографии ОБП и ультразвукового исследования (УЗИ) ОБП.

3. Обозначить тактику дифференцированного применения различных методов диагностики у пациентов с ОТКН ОБП в зависимости от стадии заболевания.

4. Определить хирургическую тактику при ОТКН ОП.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 59 пациентов, лечившихся в хирургических отделениях ГК БСМП г. Минска в 2020-2024 гг. Мужчин было 38 (64,4%), женщин - 21 (35,6%). Средний возраст пациентов (медиана) составил $68,6 \pm 12,75$ лет. Все пациенты поступили в клинику по экстренным показаниям с клиникой обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого происхождения. Тяжесть сопутствующей патологии оценивали по шкале ASA [4]. Выраженность полиорганной дисфункции в зависимости от стадии КН оценивали по модифицированной шкале Маршалла [уровень креатинина плазмы, $\mu\text{mol/l}$; показатели артериального давления, мм рт. ст.] в первые сутки после операции [1].

Согласно хирургической тактике, приведенной в Клинических протоколах от 2023 г., пациенты разделены на две группы [3]. В 1-ю группу вошли 42 пациента (71,2%) с клиникой ОТКН ОП в стадии компенсации и субкомпенсации (отсутствие клиники перитонита, задержка стула до 3 суток). Во 2-ю группу объединены 17 пациентов (28,8%) с клиникой ОТКН ОП в стадии декомпенсации (наличие перитонита, задержка стула более 3 суток). Хирургическая тактика и диагностические возможности стационара оценены отдельно в обеих группах. Это связано с тем, что наличие признаков запущенной ОТКН ОП требовало применения методов экстренной диагностики и неотложной операции. Проведена сравнительная оценка тяжести полиорганной дисфункции в обеих группах. Диагностическую ценность методов исследования определяли как частное от деления количества пациентов с правильно установленным диагнозом ОТКН ОП на общее число исследований, при этом учитывали и определение локализации опухолевого процесса (правый, левый фланг ободочной кишки, поперечноободочная кишка, ректосигмоидный отдел и т.п.).

Результаты и их обсуждение. Пациенты 1 группы предъявляли жалобы на боли в животе, задержку стула до 3 суток, пациенты 2-й группы предъявляли жалобы на боли в животе, вздутие живота с задержкой стула более 3 суток.) Объективное исследование (вздутие, асимметрия живота, задержка стула и газов, наличие признаков перитонита) также служило критерием для выделения пациентов в 1-ю и 2-ю гр. Обзорная рентгенография ОБП при поступлении в стационар была выполнена

44 пациентам (74,6%). Критериями включения в 1-ю гр. были: в стадии компенсации - пневматизация толстой кишки с единичными уровнями жидкости в ней, в стадии субкомпенсации - пневматизация и чаши Клойбера – горизонтальные уровни жидкости с куполообразным просветлением (газом) над ними [3]. Диагностическая ценность исследования в наших наблюдениях составила 79,5%. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости выполнено 38 пациентам (64,4%). Диагностическая ценность исследования составила 92,1%.

Пациенты, поступившие с ОТКН в стадии компенсации и субкомпенсации составили 1-ю группу (42 чел.) Для уточнения диагноза и тактики 14 пациентам выполнена ФКС. Диагноз подтвержден у 11 пациентов, диагностическая ценность исследования составила 78,6%. 20 пациентам было выполнено КТ ОБП. Диагноз подтвержден у 19 пациентов, диагностическая ценность исследования составила 95%. 8 пациентам было выполнены ФКС и КТ ОБП. Диагноз подтвержден у всех пациентов, диагностическая ценность исследования составила 100%. У 4 пациентов выполнена биопсия опухоли, подтвердившая диагноз во всех случаях.

9 пациентам из 2 группы, поступившим в клинику с ОТКН в стадии декомпенсации, для уточнения диагноза и тактики выполнена КТ ОБП по экстренным показаниям. Диагноз подтвержден у всех пациентов, диагностическая ценность исследования составила 100%. 6 пациентам была выполнена ФКС. Диагноз подтвержден у 5 пациентов, диагностическая ценность исследования составила 83,3%. 2 пациентам было выполнены ФКС и КТ ОБП. Диагноз подтвержден у всех пациентов, диагностическая ценность исследования составила 100%.

Оперировано 59 пациентов, из них 13 (22%) по экстренным показаниям, 32 (54,2%) - в срочном порядке, у 7 (11,9%) выполнены отсроченные оперативные вмешательства, 7 (11,9%) пациентов оперированы планово. Тяжесть сопутствующей патологии оперированных пациентов по шкале ASA составило (среднее значение) - $3,1 \pm 0,51$. Распределение видов оперативных вмешательств представлено в табл. 1.

Наиболее частой операцией в наших наблюдениях была операция Гартмана – резекция участка левого отдела ободочной кишки с формированием концевой колостомы -31 (52,0%). Левосторонняя гемиколэктомия с формированием концевой колостомы выполнена 19 (32,0%) пациентам.

Табл. 1. Виды оперативных вмешательств у пациентов

Наименование операции	Количество случаев (n)
Операция Гартмана	31
Левосторонняя гемиколэктомия	19
Резекция участка поперечноободочной кишки, трансверзостомия	2
Трансверзостомия	2
Илеостомия	2
Сигмостомия	3
Итого	59

При выявлении на операции признаков диссеминации опухолевого процесса в брюшной полости на фоне кишечной непроходимости двум пациентам сформирована трансверзостома, двум – илеостома, двум – сигмостома. В двух наблюдениях выполнена резекция участка поперечноободочной кишки с формированием трансверзостомы. При наличии показаний оперативное вмешательство дополняли лимфодиссекцией регионарных лимфатических узлов и резекцией большого сальника. 57 операций (96,7%) закончены формированием колостомы, 2 (3,3%) – илеостомы. 3 пациентам (5%) выполнено дренирование абсцесса, вскрывшегося в брюшную полость. У 2 пациентов (3,3%) на операции выявлена спаечная болезнь, у 3 пациентов (5%) – асцит. У 4 пациентов (6,7%) на операции выявлен перитонит, у одного – каловый перитонит. Оценка тяжести полиорганной дисфункции по модифицированной шкале Маршалла у пациентов обеих групп составила 0 баллов. Умерло после операции 7 пациентов, летальность составила 11,7%.

Оценивая хирургическую тактику у подобной категории пациентов необходимо учитывать стадию ОТКН. В стадии компенсации и субкомпенсации показана ФКС для уточнения локализации опухолевого процесса и биопсии. Пациенты с ОТКН в стадии декомпенсации с наличием признаков перитонита требуют принятия экстренных мер диагностики – КТ ОБП и при подтверждении диагноза – неотложной операции после предоперационной подготовки. В Клинических протоколах отсутствуют указания на дифференцированную тактику у этих пациентов в зависимости от стадии заболевания.

Выводы:

1. Пациентам, поступившим с клиникой ОТКН в стадии компенсации и субкомпенсации, показана ФКС с биопсией и КТ ОБП. Диагностическая ценность исследования в наших наблюдениях составила 100%.

2. Пациенты с ОТКН в стадии декомпенсации и клиникой перитонита требуют экстренной диагностики и принятия решения, из методов диагностики предпочтительна КТ ОБП, диагностическая ценность исследования составила 100%.

3. Другие диагностические исследования (обзорная рентгенография брюшной полости, УЗИ ОБП) имеют вспомогательное значение в установлении диагноза и определении хирургической тактики. Применение ФКС и КТ ОБП зависит от стадии ОТКН.

Литература

1. Кишечная непроходимость: учебно-методическое пособие / П. С. Неверов [и др.]. – Минск: БГМУ, 2017. – 42 с.
2. Колоректальный рак в Беларуси [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://mood.by/kolorektalnyj-rak-v-belarusi/>. – Дата доступа: 10.04.2025.
3. Об утверждении клинических протоколов [Электронный ресурс] : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь, 30.11.2023 г., № 182 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – Режим доступа: <https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=W22340827p>. – Дата доступа: 10.04.2025.
4. Физический статус пациентов по классификации ASA (Американского общества анестезиологов) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://anest-rean.ru/asa/>. – Дата доступа: 10.04.2025.