

УДК 616.345-007.272-07-08

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ У БОЛЬНЫХ С ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

И.С. Малков, М.М. Толтеев, Х.М. Халилов, И.М. Габитов,

ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия», Городская клиническая больница № 7, г. Казань

Толтеев Мелис Мукашбекович – e-mail: melis-84.2007@mail.ru

Представлены результаты лечения 195 больных обтурационной толстокишечной непроходимостью, находившихся на лечении в отделении неотложной хирургии городской клинической больницы № 7 г. Казань с 2000 по 2009 год. В диагностике заболевания важное значение занимала колоноскопия с предварительной подготовкой толстой кишки устройством, разработанным в нашей клинике. Метод позволяет быстро очистить толстую кишку и провести колоноскопии с установлением причины, локализации и характера опухоли. Использование хирургической тактики, учитывающей стадию опухолевой толстокишечной непроходимости, позволило снизить летальность и частоту послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: рак толстой кишки, обтурационная непроходимость, экстренная колоноскопия, хирургическое лечение.

Abstract. Results of treatment of 195 patients obstructive colonic obstruction were treated in the emergency room of City Clinical Hospital № 7 Kazan from 2000 to 2009 in the diagnosis of disease importance of colonoscopy occupied with preparation of the colon device developed in our clinic. The method allows to quickly clean the colon and colonoscopy to determining the cause, location and nature of the tumor. Using a surgical approach that takes into account the stage of malignant colorectal obstruction, reduced mortality and the incidence of postoperative complications.

Key words: colon cancer, obstructive ileus, an emergency colonoscopy and surgical treatment.

Актуальность

Непроходимость толстой кишки является самым частым осложнением рака толстой кишки и встречается у 20–40% больных этой группы [1–3]. Большинство этих больных страдают сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, дыхательных путей и обмена веществ, которые в 30% случаях обнаруживаются в стадии декомпенсации [1, 2, 4]. Результаты лечения больных с опухолевой толстокишечной непроходимостью остаются неудовлетворительными, общая послеоперационная летальность достигает 43,5%. Частота послеоперационных гнойно-септических осложнений при выполнении хирургических вмешательств на высоте обтурационной толстокишечной непроходимостью (ОТКН) достигает 80% [1, 3, 5].

Следует также особо подчеркнуть, что до настоящего времени остаются не до конца решенными вопросы выбора рациональной хирургической тактики при ОТКН (показания, сроки, характер и объем операций), особенно у больных пожилого и старческого возраста [6]. Современные достижения хирургии, онкологии и интенсивной терапии позволяют пересмотреть некоторые аспекты хирургической тактики при ОТКН [2, 7].

Целью исследования явилось определение оптимальных методов диагностики и лечения у больных с обтурационной толстокишечной непроходимостью.

Материалы и методы

Нами проанализированы результаты лечения 195 больных с ОТКН за период с 2000 по 2009 год в отделении неотложной хирургии городской клинической больницы № 7 г. Казань. В анализируемой группе преобладали женщины – 114 (58,5%), мужчин было 81 (41,5%). Возраст больных составил от 25 до 86 лет, при этом 148 (75,9%) пациентов были пожилого и старческого возраста, что говорит о геронтологической значимости рассматриваемой проблемы.

Обращает внимание преобладание поздних сроков госпитализации больных. Так, лишь 34 пациента (17%) были госпитализированы впервые 24 часа от начала заболевания. На 2–3-и сутки в хирургическое отделение доставлены 98 больных (50%). Остальные 35 (18,7%) поступали на более поздних сроках заболевания. Проведенный анализ показал, что основными причинами поздней госпитализации явились: 1) несвоевременное обращение больных за медицинской помощью; 2) диагностические ошибки врачей «скорой медицинской помощи», поликлиник.

Часто больные направлялись в хирургический стационар с диагнозами острого аппендицита – 10 случаев, острого панкреатита – 14, почечной колики – 5, инфильтрата брюшной полости – 15, спастического колита – 4 и прочих заболеваний – 9.

Наличие сопутствующей патологии определяло длительность и объем предоперационной подготовки. При этом у 92 больных (47,9%) имело место сочетание двух и более сопутствующих заболеваний. В крайне тяжелом состоянии с явлениями декомпенсации функции жизненно важных органов были доставлены в стационар 12 (6,2%) пациентов, в тяжелом 54 (27,7%), средней тяжести 129 (66,1%). Выбор того или иного способа лечения ОТКН во многом зависел от локализации патологического процесса в толстой кишке. Преимущественной локализацией патологического процесса (обструкции) являлись левые отделы толстой кишки –

131 (72,8%). Чаще всего это был рак ректосигмоидного отдела и сигмовидной кишки – 89 (45,6%) больных.

Симптомы, наиболее часто встречающиеся при обтурационной толстокишечной непроходимости представлены в таблице.

ТАБЛИЦА.

Характер и частота клинических проявлений обтурационной толстокишечной непроходимости (n=196)

симптомы	правая половина ободочной кишки	левая половина ободочной кишки
Боли в животе	100%	100%
Задержка газов и стула	67,40%	98,20%
Вздутие живота	81,40%	79%
Рвота	39,10%	34,40%
Усиление перистальтики	70,40%	53,10%
Пальпируемая опухоль	44,80%	18,70%

Наиболее частым признаком заболевания являлась боль, которая носила схваткообразный характер. Локализация ее не всегда совпадала с источником болевой импульсации. Рвота, как правило, присоединялась на поздних стадиях патологического процесса. Ранними симптомами ОТКН можно считать задержку стула и неотхождение газов, которые встречались в 98% случаев при локализации опухоли в левой половине ободочной кишки.

Основной формой (91%) морфологической структуры рака была аденокарцинома различной степени дифференцировки. Стадия опухоли оценивалась по системе, принятой международным противораковым союзом (TNMP) и рекомендованной для использования в работе всех онкологических учреждений. Для диагностики ОТКН всем 195 больным проводили комплексное клиничко-лабораторное, рентгенологическое и ультразвуковое исследование. В 123 (61,5%) случаях были выставлены показания к экстренной колоноскопии. Клиническое обследование включало сбор анамнеза с учетом продолжительности заболевания, характер болевого синдрома, степень и стадию непроходимости. Лабораторные методы обследования были малоинформативны и включали общие анализы крови и мочи, биохимический анализ крови с определением уровня глюкозы, билирубина, общего белка.

Нами использовалась классификация, разработанная в НИИ колопроктологии РАМН. Согласно предлагаемой классификации различали 3 степени выраженности ОТКН.

I степень (компенсированная). Жалобы на периодически возникающие запоры, продолжающиеся 2–3 дня, которые могут быть ликвидированы с помощью диеты и слабительных. Общее состояние больного удовлетворительное, отмечается периодическое вздутие живота, симптомы интоксикации отсутствуют. Результаты колоноскопии свидетельствуют, что опухоль суживает просвет кишки до 1,5 см, обнаруживается небольшое скопление газов и кишечного содержимого в ободочной кишке.

II степень (субкомпенсированная). Жалобы на стойкие запоры, отсутствие самостоятельного стула. Прием слабительных малоэффективен и дает временный эффект. Периодическое вздутие живота, затрудненное отхождение газов. Общее состояние относительно удовлетворительное. Заметны симптомы интоксикации. Опухоль суживает просвет кишки до 1 см, при рентгенологическом исследовании ободочная кишка расширена, заполнена кишечным содержимым.

Могут определяться отдельные уровни жидкости (чаши Клойбера).

III степень (декомпенсированная). Жалобы на отсутствие стула и отхождения газов, нарастающие схваткообразные боли в животе и его вздутие, тошноту, иногда рвоту. Выраженные признаки интоксикации, нарушение водно-электролитного баланса, анемия и гипопроотеинемия. При рентгенологическом исследовании петли кишечника расширены, раздуты газом. Определяется множество уровней жидкости.

По этой классификации компенсированная степень установлена у 32 больных (16,35%), субкомпенсированная – у 114 (57,12%), декомпенсированная – у 49 (26,53%).

Результаты исследования

Диагностика ОТКН в большинстве случаев не вызывала затруднений при субкомпенсированной и декомпенсированной стадии заболевания. Важное место в диагностике и выборе адекватного метода лечения, больных с ОТКН имеют, эндоскопические и лучевые методы обследования, которые применяли при поступлении больных в стационар и в последующем динамическом наблюдении. При ОТКН практически во всех случаях, независимо от локализации обтурирующей опухоли, на первый план выступали синдромы эндогенной интоксикации и гиповолемии.

Рентгенологическое исследование начинали с обзорной рентгенографии брюшной полости. Данный метод исследования проводили у всех 195 (100%) больных. Патогномичным рентгенологическим признаком ОТКН являлось наличие горизонтальных уровней жидкости и скопление газа в кишечнике в виде «чаш Клойбера», которое локализуется в боковых отделах живота. На более ранних стадиях толстокишечной непроходимости у 22,6% больных выявлялся пневматоз толстой кишки. На основании клинических и рентгенографических данных диагноз ОТКН был установлен в 62%. Следует отметить, что при наличии клинических признаков ОТКН обзорная рентгенография не всегда позволяла установить окончательный диагноз.

Большое значение в верификации диагноза имела колоноскопия, которой всегда предшествовало пальцевое исследование прямой кишки и выполнение очистительной клизмы, и использовано большинство случаев при неоперабельной опухоли. Данный метод исследования нами проведен у 123 больных (61,5%) при субкомпенсированной стадии ОТКН и после подготовки пациентов декомпенсированной стадии. Метод оказался информативным лишь в 57%, в связи с недостаточной подготовкой толстой кишки. В 28 случаях подготовка толстой кишки к фиброколоноскопии осуществлялась с помощью разработанного нами устройства для эвакуации ее содержимого (заявка на изобретение № 2010130973 от 26.07.2010). Устройство, содержащее резервуары для промывного раствора и отсасываемой жидкости, нагнетающий и отсасывающий насосы с блоком управления, зонд, выполненный в виде полый гибкой трубки, заканчивающейся гладкой овальной поверхностью, с оросительными и отсасывающими отверстиями, внутри которой расположены подводный канал, соединенный с источником промывающей жидкости, и катетер, соединяющий манометр с полостью кишки. Суть методики заключается в том, что одновременно проводится орошение и отсасывание жидкости, что предотвращает повышение давления в просвете толстой кишки. Оценка качества

подготовки толстой кишки производилась по пяти балльной шкале [8].

Колоноскопию после подготовки кишки по разработанной методике удалось провести на всем протяжении (до опухоли) у 26 из 28 больных (92,9%). В 20 случаях обнаружено новообразование, обтурирующее просвет толстой кишки. При этом на уровне восходящего отдела (2), поперечной ободочной кишки (4), нисходящего отдела (3) сигмовидной кишки (11). У 6 больных опухоль не выявлена. По техническим причинам колоноскопия не удалась у 2 (7,1%) больных. В 1-м случае вследствие выраженного спаечного процесса и мобильной сигмовидной кишки. Во 2-м – из-за невозможности детального осмотра в связи с неадекватным поведением больного. Оценка подготовки толстой кишки распределялась следующим образом: в 26 случаях она была расценена как успешная (отлично – у 8 больных, хорошо – у 13, удовлетворительно – у 5). У 6 больных были обнаружены другие причины толстокишечной непроходимости: болезнь Крона – у 2, неспецифический язвенный колит – у 1, дивертикулез толстой кишки – у 2, сдавление кишки извне опухолью придатков матки – у 1 больного.

Для диагностики ОТКН и выявления метастазов толстой кишки важное место отводилось ультразвуковому методу исследования (УЗИ) как простому, доступному, неинвазивному и объективному методу. При ультразвуковом исследовании оценивались следующие ультразвуковые признаки: 1) наличие и локализация расширенных петель кишки; 2) степень их расширения (диаметр); 3) толщина стенки кишки; 4) состояние слизистой оболочки; 5) наличие или отсутствие перистальтики, ее характер; 6) содержимое в просвете растянутых петель; 7) наличие свободной жидкости в брюшной полости.

У больных с толстокишечной непроходимостью в дооперационном периоде ультразвуковое исследование констатировало наличие непроходимости у 92,8%. Но установить уровень обтурации удалось только у 9,8% больных. У 8 больных было выявлено объемное образование сигмовидной кишки, у 4 – измененные, резко утолщенные неоднородные стенки нисходящего отдела толстой кишки, что позволило предположить уровень обструкции кишки. В остальных случаях ультразвуковое исследование показало, помимо изменения стенок толстой кишки, расширение петель тонкой кишки во всех отделах брюшной полости, что привело к ошибочной диагностике уровня непроходимости. Определить точную локализацию объемного процесса на основании ультразвуковых данных не всегда представлялось возможным в связи с повышенной перистальтикой петель тонкой кишки. Таким образом, чувствительность и точность ультразвукового метода в констатации факта наличия толстокишечной непроходимости и определении её уровня составили 9,8%.

С целью оценки состояния кишечника при острой кишечной непроходимости всем больным проводилось измерение диаметра расширенных петель. Толщина стенок перерастянутых петель тонкой и толстой кишки у больных, которым ультразвуковое исследование выполнено до операции, составила от 5,3 мм до 10,8 мм (в среднем 7,9 мм). Существенных отличий толщины стенок тонкой и толстой кишок в зависимости от уровня обструкции непроходимости не было. Следует отметить, что у 11 больных, поступивших в больницу в течение 24

часов от момента проявления начальных признаков заболевания, толщина стенок кишечника была меньше (в среднем 6,6 мм), чем у 17 больных, поступивших в больницу после 24 часов (в среднем 8,7 мм).

Острая обтурационная толстокишечная непроходимость была обусловлена у 176 (90,7%) больных опухолевым процессом. Другими причинами непроходимости явились спаечный процесс – 7, дивертикулез – 8, болезнь Крона – 2 и копростаз – 2. После уточнения диагноза 64 (35,4%) больных были переведены в онкологический диспансер.

Лечение ОТКН начинали с консервативной терапии, которая была направлена на восполнение дефицита объема циркулирующей крови (ОЦК) и коррекцию электролитного баланса больного. Объем внутривенных инфузий составлял от 2000 до 3000 мл. Особое внимание обращали на декомпрессию верхних отделов желудочно-кишечного тракта путем введения назогастрального зонда. Длительность консервативных мероприятий зависела от тяжести пациента. При отсутствии эффекта от проводимого лечения в первые 6 часов с момента поступления оперированы 69 (35,4%) больных, через 7–12 часов – 36 (18,5%), 13–24 часа – 14 (7,2%), на более поздних сроках – 10 (5,1%). Показания к экстренным хирургическим вмешательствам установлены у 10 больных, в связи с перфорацией толстой кишки и развитием распространенного калового перитонита.

Таким образом, оперативные вмешательства проведены у 129 (66,5%) пациентов, из них у 112 (86,8%) – по поводу опухолевого поражения. Основными задачами хирургического лечения больных с ОТКН являлись: 1) ликвидация острой кишечной непроходимости либо путем радикальной резекции кишки с опухолью, либо наложением колостомы на проксимальные отделы толстой кишки, либо обходного трансверзоанастомоза; 2) коррекция нарушений гомеостаза; 3) профилактика послеоперационных осложнений.

В слепой кишке опухоль обнаружена у 9 (8,0%) пациентов, в восходящем отделе – у 5 (4,5%), в печеночном изгибе – у 9 (8,0%), в поперечно-ободочной кишке – у 17 (15,2%), в селезеночном изгибе – у 14 (12,5%), в нисходящем отделе – у 7 (6,3%), в сигмовидной кишке – у 51 (45,5%) больного. Интраоперационно у 75 (67%) пациентов отмечена III стадия заболевания и у 37 (33%) – IV стадия.

Объем оперативного вмешательства у больных с непроходимостью опухолевой этиологии определяли в зависимости от стадии процесса, тяжести состояния пациента и наличия перитонита. При отдаленных метастазах, выраженных явлениях перитонита и местно-распространенного онкопроцесса, независимо от локализации опухоли, накладывали колостомы. При более благоприятных условиях, если позволяла тяжесть состояния и сопутствующая патология, формировали обходные анастомозы. Паллиативные операции произведены у 32 (28,6%) пациентов. Из них при толстокишечной непроходимости правой половины илеостомия произведена у 3 больных, цекстомия – у 1, обходной анастомоз – у 6. При локализации опухоли левой половины толстой кишки трансверзостомия – у 5, сигмостомия – у 15. Эксплоративная лапаротомия выполнена у 2 пациентов. После паллиативных операции умерло 15 больных, летальность составил 46,9%. При этом все операции были сделаны у больных с IV стадией онкопатологии и многочисленными сопутствующими заболеваниями.

Радикальные оперативные вмешательства без наложения первичного анастомоза выполнены в 65 (58,0%) случаях. Формирование первичного толстокишечного анастомоза часто осложняется его несостоятельностью. Поэтому после резекции опухоли левой половины ободочной кишки во всех случаях выводили одностольный противоестественный анус. Из них операция типа Гартмана выполнена у 38 больных, обструктивная резекция поперечной ободочной кишки – у 5, правосторонняя гемиколэктомия с формированием илеостомии – у 3 и левосторонняя гемиколэктомия с трансверзостомией – у 19 пациентов. Послеоперационная летальность составила 17%. У большинства пациентов данной группы установлена III стадия опухолевого процесса.

У 12 больных проведена правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом, у 3 – резекция поперечной ободочной кишки с концевым анастомозом и в 1 случае субтотальная колэктомия с илеосигмоанастомозом. Таким образом, радикальная операция с первичным анастомозом выполнена у 15 (13,4%) пациентов. Послеоперационная летальность составила 20%.

Послеоперационные осложнения при ОТКН в основном были связаны с нагноением раны у 34 (26,3%) и осложнениями со стороны колостомы у 19 (14,7%). Релапаротомия была произведена у 14 больных (10,8%). Основными причинами повторных хирургических вмешательств были ранняя спаечная кишечная непроходимость – у 4 больных, полная эвентрация – у 4 больных, абсцесс брюшной полости с прорывом – у 3 больных, несостоятельность анастомоза – у 2 больных, некроз и ретракция колостомы – у 1.

Общая летальность составила 24,8%. Основной причиной летальных исходов у 9 (28,1%) больных явилась прогрессирующая эндогенная интоксикация, обусловленная перитонитом, вследствие несостоятельности швов анастомоза и культи сигмовидной кишки, перфорация десерозированной кишки – у 2 (6,3%), тромбоэмболия легочной артерии – у 4 (12,5%), инфаркт миокарда – у 3 (9,4%) и полиорганная недостаточность – у 14 (43,7%).

Выводы

Таким образом, на основании проведенного анализа отмечено, что большинство пациентов поступают в хирургический стационар на поздних сроках от начала заболевания и в тяжелом состоянии. Из-за стертости клинической картины необходимо расширять показания к экстренной колоноскопии, с тщательной подготовкой толстой кишки. Объем оперативного вмешательства должен определяться дифференцированно, в зависимости от выраженности явлений кишечной непроходимости и перитонита, местно-распространенного опухолевого процесса, тяжести состояния больного и сопутствующей патологии. При лечении больных с декомпенсированной толстокишечной непроходимостью необходима предоперационная подготовка в течение 6–12 часов, с коррекцией водно-электролитного баланса и снижением эндогенной интоксикации.



ЛИТЕРАТУРА

- Алиев С.А. Альтернативные подходы к хирургическому лечению осложненных форм рака ободочной кишки. Хирургия. 1998. № 8. С. 58–67.
- Пугаев А.В., Ачкасов Е.Е. Обтурационная опухолевая толстокишечная непроходимость. М.: ПРОФИЛЬ, 2005. 224 с.

3. Топузов Э.Г. Острая кишечная непроходимость вследствие рака толстой кишки. V съезд хирургов республик Средней Азии и Казахстана: Тезисы докладов и сообщений. Ташкент. 1991. С. 221-222.

4. Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А., Фролов С.А. Выбор метода хирургического лечения осложненных и распространенных форм колоректального рака. IX Всерос. съезд хирургов: Материалы съезда. Волгоград. 2000. С. 154.

5. Пахомова Г.В., Подловченко Т.Г., Утешев Н.С. и др. Неотложная хирургия рака ободочной кишки. М.: Миклош, 2009. 96 с.

6. Ермолов А.С., Рудин Э.П., Оюн Д.Д. Выбор метода хирургического лечения обтурационной непроходимости при опухолях ободочной кишки. Хирургия. 2004. № 2. С. 4-7.

7. Ефимов Г.А., Ушаков Ю.М. Осложненный рак ободочной кишки. М.: Медицина, 1984. 152 с.

8. Назаров В.Е., Лобач С.М. Методы подготовки толстой кишки к эндоскопическим исследованиям и оперативным вмешательствам. Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова. С.-Пб. 2009. 26 с.