

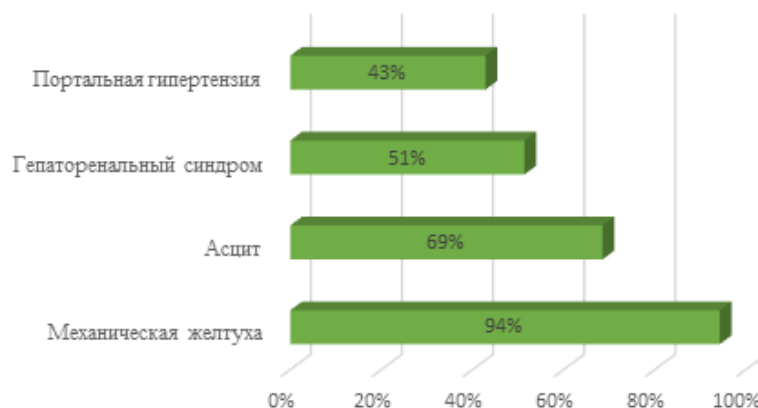


Рисунок 2 – Выявленные осложнения при ГЦР

По нашим данным, метастазирование выявлено у 80% пациентов. Наиболее часто обнаруживались внутripеченочные метастазы (70%), реже выявлены внепеченочные метастазы – в легких (43%), в костях (7%).

Выводы

Установлена связь между наличием у пациентов цирроза печени и развитием на его фоне гепатоцеллюлярного рака у 77% исследуемых пациентов.

У пациентов данной категории выявлено повышение уровня АФП, АСТ, АЛТ, ЩФ, билирубина.

Обнаружено, что наиболее частым осложнением у пациентов с ГЦР является развитие механической желтухи, асцита, гепаторенального синдрома, портальной гипертензии. Также выявлен высокий процент метастазирования, а наиболее подверженные метастазам органы являлись печень, легкие и кости.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Малаева, Е. Г. Гастроэнтерология: учеб. пособие / Е. Г. Малаева. – Минск : Новое знание, 2016. – 176 с.
2. Онкология. под ред. В. И. Чиссова, С. Л. Дарьяловой. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – С. 324

УДК 616.34-007.272-036.11-089-036.8

А. В. Киселевич, А. Д. Шур, Е. А. Ахременко

Научный руководитель: старший преподаватель кафедры Д. М. Адамович

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Введение

Кишечная непроходимость (КН) – это полная блокировка прохождения жидкостей и переваренной пищи по кишечнику. Это одно из наиболее распространенных острых заболеваний брюшной полости, которое требует экстренной хирургической госпитализации и обычно связано с высокой смертностью от 3 до 30% во всем мире [1]. В зависимости от анатомического расположения КН классифицируют на тонкокишечную (SBO) и толстокишечную непроходимость (LBO) [1]. В большинстве случаев толстокишечная непроходимость имеет опухолевую этиологию.

При остро развившейся обтурации существенно повышается давление в кишечнике проксимальнее уровня препятствия. Он раздувается от переполняющих его газов и жидкого содержимого. Стенка кишки утолщается за счет развития отека, а также венозного застоя и стаза, приобретает цианотичный характер. В дальнейшем она подвергается перерастяжению и значительно истончается. Повышение внутрикишечного давления до 10 мм рт. ст. через 24 часа вызывает кровоизлияния и изъязвления в стенке кишки, что отражает ее ишемическое повреждение. Если давление возрастает до 20 мм рт. ст., возникают необратимые некротические изменения стенки кишки, что может привести к ее перфорации и развитию перитонита [2, 3].

Для обеспечения адекватной ревизии и санации брюшной полости, как правило, выполняется срединная лапаротомия, определяется источник непроходимости, оценивается наличие интраабдоминальных осложнений. В случае опухолевого поражения кишечника прибегают к резекции и формируют межкишечный анастомоз. В крайних случаях возможно выведение кишечных стом.

Цель

Изучение результатов хирургического лечения пациентов с толстокишечной непроходимости опухолевого генеза.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 41 медицинской карты стационарных пациентов с новообразованиями толстой кишки (МКБ-10: C18.0–C18.9, C19, C20) У«ГОКБ» за период 2021–2023 годов.

Из выбранных 41 человек было 30 (73,2%) мужчин и 11 (26,8%) женщин, средний возраст составил 71 (64;79) лет, трудоспособного возраста – 21,9%, преимущественно мужчин – 88,9%. По результатам гистологического исследования в 95,2% была верифицирована аденокарцинома (G1-3), миофибропластическая опухоль – 2,4%, нейроэндокринная опухоль – 2,4%.

Средние сроки обращения составили 3 (1; 7) суток от начала заболевания, с жалобами на тошноту, отсутствие стула и отхождение газов, вздутие и боль в животе, при сроках более 3–5 суток от начала заболевания – отмечали рвоту.

Для создания первичной базы данных для статистической обработки результатов лечения пациентов с ООКН использовался редактор электронных таблиц Microsoft Office Excel 2019 и медицинская информационная система Map Soft.

Результаты исследования и их обсуждение

Проведен анализ возрастных групп пациентов, поступивших с ООКН, результаты которого представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Возрастные группы пациентов с ООКН

Возрастная группа	50–59 лет	60–69 лет	70–79 лет	Старше 80 лет
Абсолютное количество	8	11	12	10
Относительное количество, %	19,5	26,8	29,3	24,4

Данный анализ показал, что ООКН отмечается после 50 лет, значительно увеличиваясь после 60 лет.

При госпитализации всем пациентам были проведены лабораторные исследования, обзорная рентгенография брюшной полости. В общем анализе крови количество лейкоцитов – 8,00 (6,6; 12,2)×10⁹/л, эритроцитов – 4,10 (3,87; 4,67)×10¹²/л, уровень гемоглобина – 110 (107; 128), тромбоцитов – 187,0 (163,0; 286,0)×10⁹/л. Общий белок – 68,3 (57,7; 73,4) г/л, мочевины – 9,6 (6,0; 12,7) мм/л, креатинин – 107,0 (92,0; 126,0) мкм/л.

Были изучены сопутствующие заболевания всех пациентов, которые представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Частота встречаемости сопутствующих патологий у пациентов с ООКН

Заболевание	ИБС	ПИКС	Нарушения ритма	ХСН			СД 2	АГ	
				Н1	Н2А	Н2Б		Степень 1	Степень 2
Абсолютное количество	35	3	13	14	13	3	4	9	24
Относительное количество, %	83,3	7,1	31,0	33,3	31,0	7,1	9,5	21,4	57,1

У 41 пациента была проанализирована локализация опухоли и прогресс заболевания (рецидив рака, канцероматоз). Результаты представлены в таблице 3.

Таблица 3 – Локализация опухолей толстого кишечника и их осложнения

Показатели	Слепая кишка (СЛ)	Печеночный угол ободочной кишки (ПУ)	Поперечная ободочная кишка (ПО)	Селезеночный изгиб ободочной кишки (СУ)	Сигмовидная кишка (СМ)	Прямая кишка (ПР)	Прогресс заболевания (кол-во * на локализацию опухоли)
Абсолютное количество	9*	9**	2*	3	10**	8**	8
Относительное количество, %	21,95	21,95	4,9	7,3	24,4	19,5	19,0
Метастазы в печени, n / %	4/44,4	3/33,3	1/50	3/100	3/30	2/25	8/100

При поступлении выявлено метастатическое поражение печени у 16 (39,2%) пациентов и 8 – с прогрессированием заболевания (канцероматоз, рецидив рака в области анастомоза) после первичной операции, после которой прошло в среднем 21 (17;27) мес.

В результате консервативного лечения непроходимость разрешена у одного пациента с раком поперечно-ободочной кишки и одному пациенту с рецидивом в зоне анастомоза (рак прямой кишки) эндоскопически был установлен стент. Оба пациента были направлены в ГОКОД.

После предоперационной подготовки 39 пациентов (95,1%) были прооперированы. Из них 32 (82,1%) пациента с первично выявленной опухолью и 7 (17,9%) с прогрессом заболевания, канцероматозом брюшной полости и явлениями ОКН.

Основным видом операций при канцероматозе явилось создание межкишечного анастомоза (85,7%) и в одном случае – выведение стомы при ранее оперированном раке прямой кишки. В послеоперационном периоде развились осложнения, по одному случаю: гематома послеоперационной раны, эвентрация. Один пациент умер при нарастающих явлениях полиорганной недостаточности (14,3%).

Из 32 пациентов при первично выявленных опухолях в 16 (50%) случаях была выполнена резекция опухоли и первичный анастомозом: у 13 – правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом (СЛ – 8, ПУ – 5); резекция поперечно-ободочной кишки и первичный анастомоз – одному; резекция опухоли сигмовидной кишки с первичным анастомозом – двум. В послеоперационном периоде развились осложнения у четверых. По одному случаю: серома и гематома послеоперационной раны, одна под-

кожная эвентрация и одна несостоятельность межкишечного анастомоза. Послеоперационная летальность составила – 31,3% (5 человек): у двух пациентов причиной смерти явился ИМ и ОССН, и по одному – ИМ+COVID-19, ТЭЛА+СПОН, и СПОН у пациента с несостоятельностью илеотрансверзоанастомоза.

В одном случае (3,1%) пациенту с опухолью селезеночного изгиба и 4 стадией, наложен обходной анастомоз – пациент умер в результате ТЭЛА и СПОН.

Выведение стомы произведено 8 пациентам (СУ – 2, СМ – 4, ПР – 2), умерло три пациента – по одному с каждой локализацией опухоли. Причиной смерти стали ТЭЛА+СПОН, COVID-19+СПОН, СПОН.

Семи пациентам (21,9%) выполнены комбинированные операции: 5 случаев правосторонняя гемиколэктомия по поводу некроза и перфорации восходящего отдела ободочной кишки, перитонитом и выведением сигмостомы у пациентов с опухолью сигмовидной кишки (1) и прямой (4). Умерло 4 пациента: в одном случае причина смерти – ТЭЛА, у остальных – нарастание СПОН. Одному пациенту первым этапом было выполнено дренирование абсцессов печени (распад МТС), затем операция Гартмана. В послеоперационном периоде развилась ТЭЛА, СПОН – пациент умер. В одном случае с перфорацией опухоли печеночного изгиба и забрюшинной флегмоной была выполнена гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом, вскрытие и дренирование флегмоны. Причиной смерти пациентки стал сепсис и нарастающий СПОН. В этой группе летальность составила 85,7%.

Послеоперационная летальность у пациентов с первично выявленной опухолью составила 46,9%., у пациентов с прогрессированием заболевания – 14,3%, общая послеоперационная летальность – 41,0%.

Выводы

1. ООКН встречается преимущественно у мужчин (71,4%) старше 50 лет, 14% которых еще трудоспособного возраста, и уже имеющих значительную сопутствующую патологию, которая отрицательно влияет на прогноз лечения.

2. В анализируемой группе наиболее частая локализация опухоли сигмовидная кишка (24,4%), слепая кишка (21,95%), печеночный изгиб (21,95%).

3. При госпитализации с первично диагнозом опухоли у 39,5% отмечено наличие метастатического поражения печени, что требует усиления диспансерного наблюдения с целью раннего выявления опухоли у лиц старше 50 лет, особенно мужского пола

4. Самыми распространенными сопутствующими заболеваниями у пациентов с ООКН является ишемическая болезнь сердца (83,3%), артериальная гипертензия 2 степени (57,1%), хроническая сердечная недостаточность 1 степени (33,3%) и нарушения сердечного ритма (31,0%), что значительно влияет на течение послеоперационного периода, развитие осложнений и летальности.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Хирургические болезни: Учебно-методическое пособие / С. А. Чернядьев [и др.]. – Екатеринбург, 2019. – 29 с.
2. Epidemiology and causes of intestinal obstruction in Ethiopia: A systematic review / G. Fekadu [et al.] // Sage Open Medicine. – 2022. – Vol. 10. – P. 1–9.
3. Острая кишечная непроходимость / И. В. Маев [и др.] // Доказательная гастроэнтерология. – 2013. – № 1. – С. 36–51.