

Кишечная непроходимость опухолевого генеза – синдром, характеризующийся нарушением продвижения содержимого по пищеварительному тракту и обусловленный механическим препятствием, которым является злокачественное или доброкачественное новообразование кишечника.

Этиология.

Основной причиной развития является:

-Рак толстой кишки.

-Аденомы и неэпителиальные опухоли толстой кишки.

-Новообразования тонкой кишки.

-Канцероматоз висцеральной брюшины с поражением тонкой кишки, развитием деформации и обструкции ее просвета.

Патогенез.

Наиболее характерно стертое, медленно прогрессирующее начало в виде нарушения транзита, в связи с неполной окклюзией просвета кишки. Острое начало может быть обусловлено полной obturацией суженного участка опухолью или плотными каловыми массами.

Нарушения моторной и секреторно-резорбтивной функции кишечника. В раннюю стадию непроходимости перистальтика усиливается, при этом кишечник своими сокращениями как бы стремится преодолеть появившееся препятствие. На этом этапе перистальтические движения в приводящей петле укорачиваются по протяжённости, но становятся чаще. В дальнейшем, в результате гипертонуса симпатической нервной системы, перерастяжения кишечника, резкого угнетения тканевой перфузии, возникает фаза значительного угнетения моторной функции, а в поздних стадиях непроходимости развивается полный паралич кишечника. Расстройства метаболизма кишечных клеток усугубляет нарастающая эндогенная интоксикация, которая, в свою очередь, увеличивает тканевую гипоксию.

Водно-электролитные нарушения связаны с потерей большого количества воды, электролитов и белков. Жидкость теряется с рвотными массами, депонируется в приводящем отделе кишечника, скапливается в отёчной кишечной стенке, её брыжейке, а также в свободной брюшной полости. Потери жидкости в течение суток могут достигать 4,0 л и более.

Происходит нарушение электролитного баланса, прежде всего, потеря калия. Наряду с жидкостью и электролитами теряется значительное количество белков (до 300 г/сут) за счёт голодания, рвоты, пропотевания в просвет кишки и брюшную полость. Особенно значимы потери альбумина плазмы. Белковые потери усугубляются превалированием процессов катаболизма.

В условиях циркуляторной гипоксии кишка утрачивает функцию биологического барьера, и значительная часть токсических продуктов поступает в общий кровоток, что способствует нарастанию интоксикации.

Затем нарушается нормальная микробиологическая экосистема за счёт застоя содержимого, что способствует бурному росту и размножению микроорганизмов. Происходит

миграция микрофлоры, характерной для дистальных отделов кишечника, в проксимальные, для которых она чужеродна. Выделение экзо- и эндотоксинов, нарушение барьерной функции кишечной стенки приводят к транслокации бактерий в портальный кровоток, лимфу и перитонеальный экссудат. Некроз кишки и гнойный перитонит — второй источник эндотоксикоза. Исходом данного процесса является усугубление нарушений тканевого метаболизма и возникновение полиорганной недостаточности.

Компартмент синдром-комплекс отрицательного эффекта стремительного повышения внутрибрюшного давления.

При этом нарушается кровоснабжение внутренних органов, понижается жизнеспособность тканей, что приводит к развитию полиорганной недостаточности. Основными принципами лечения компартмент синдрома являются ранняя хирургическая декомпрессия и рациональная инфузионная терапия.

Инфекционно-воспалительные осложнения, как следствие перфорации (микроперфорации) опухоли или приводящих отделов толстой кишки, а также транслокации микроорганизмов в перитонеальный трансудат приводят к формированию:

- Инфильтрата брюшной полости
- Абсцесса брюшной полости
- Абсцесса брыжейки кишки
- Абсцесса или флегмоны забрюшинного пространства
- Местного неотграниченного или распространенного перитонита

КЛАССИФИКАЦИЯ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ.

1. *По уровню непроходимости:* высокая (характерна для локализации опухолей в правых отделах ободочной кишки) и низкая (характерна для локализации новообразований в левых отделах ободочной кишки и в прямой кишке).

2. *По степени нарушения пассажа кишечного содержимого:* полная или частичная.

3. *По степени компенсации:*

- Компенсированная кишечная непроходимость: периодически возникающие запоры, сопровождающиеся задержкой стула и затруднением отхождения газов; на обзорной рентгенограмме брюшной полости может выявляться пневматизация ободочной кишки с единичными уровнями жидкости в ней.

- Субкомпенсированная кишечная непроходимость: задержка стула и газов менее 3-х суток, на обзорной рентгенограмме определяются тонкокишечные арки, пневматоз и чаши Клойбера в правой половине живота; отсутствуют признаки полиорганной дисфункций; эффективна консервативная терапия.

- Декомпенсированная кишечная непроходимость: задержка стула и газов более 3-х суток; рентгенологические признаки как толсто-, так и тонкокишечной непроходимости с локализацией тонкокишечных уровней и арок во всех отделах брюшной полости; рвота застойным содержимым; наличие органных дисфункций[1].

- К 56.6. Другая и неуточнённая кишечная непроходимость.
- С 18. Злокачественное новообразование ободочной кишки.
- С 19. Злокачественное новообразование ректосигмоидного соединения.
- С 20. Злокачественное новообразование прямой кишки.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА.

1. Боль в животе — постоянный и ранний признак непроходимости, обычно возникает внезапно, вне зависимости от приёма пищи, в любое время суток, без предвестников; характер боли схваткообразный. Приступы боли связаны с перистальтической волной и повторяются через 10-15 мин. В период декомпенсации, истощения энергетических запасов мускулатуры кишечника, боль начинает носить постоянный характер. При острой обтурационной непроходимости боль сразу постоянная, с периодами усиления во время волны перистальтики. При прогрессировании заболевания острые боли, как правило, стихают на 2-3-и сутки, когда перистальтическая активность кишечника прекращается, что служит плохим прогностическим признаком - симптомом Мондора, - усиленная перистальтика кишечника сменяется на постепенное угасание перистальтики («Шум вначале, тишина в конце»). При дальнейшем прогрессировании кишечной непроходимости может определяться симптом «Мёртвой (могильной) тишины» — отсутствие звуков перистальтики; зловещий признак непроходимости кишечника. В этот период при резком вздутии живота над ним можно выслушать не перистальтику, а дыхательные шумы и сердечные тоны, которые в норме через живот не проводятся.

2. Вздутие и асимметрия живота. Определяются патогномичные симптомы кишечной непроходимости, такие как симптом Валя — относительно устойчивое асимметричное вздутие живота, заметное на глаз, определяемое на ощупь; симптом Шланге — видимая перистальтика кишок, особенно после пальпации; симптом Склярова — выслушивание «шума плеска» над петлями кишечника; симптом Спасокукоцкого-Вильмса — «шум падающей капли» выявляющийся при аускультации; симптом Кивуля — усиленный тимпанический звук с металлическим оттенком над растянутой петлёй кишки.

3. Задержка стула и газов — патогномичный признак непроходимости кишечника. Это ранний симптом низкой непроходимости. При высоком её характере, в начале заболевания, особенно под влиянием лечебных мероприятий, может быть стул, иногда многократный за счёт опорожнения кишечника, расположенного ниже препятствия.

4. Рвота — вначале носит рефлекторный характер, при продолжающейся непроходимости рвотные массы представлены застойным желудочным содержимым. В позднем периоде она становится неукротимой, рвотные массы приобретают вид и запах кишечного содержимого. Чем выше уровень непроходимости, тем более выражена рвота.

5. Патологические выделения из заднего прохода – имеют кровянистый, слизистый или смешанный характер. Их наличие может быть обусловлено слизееобразованием, распадом

опухоли, травматизацией ее каловыми массами, а также воспалительными явлениями в проксимально расположенных отделах кишечника. Кроме того, могут быть определены следующие специфические симптомы: Обуховской больницы — признак низкой толстокишечной непроходимости, проявляющийся баллонообразным вздутием пустой ампулы прямой кишки на фоне зияния ануса; симптом Цеге-Мантейфеля — признак низкой толстокишечной непроходимости: малая вместимость (не более 500 мл воды) дистального отдела кишечника при постановке клизмы.

Кроме вышеперечисленных симптомов нередко наблюдаются другие клинические проявления опухоли. Это гипертермия, тахикардия, общая слабость, головокружение, снижение работоспособности, потеря веса, анемия.

ДИАГНОСТИКА

1. Термометрия, измерение пульса и артериального давления.
2. Аускультация, перкуссия и пальпация живота.
3. Пальцевое ректальное исследование, у женщин дополнительно проводят вагинальное исследование.
4. Выведение содержимого из желудка зондом, предпочтительно толстым.
5. Лабораторные исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, группа крови и Rh-фактор, определяется кислотно-основной состав крови.
6. Инструментальные исследования.

Обязательный диагностический минимум инструментальных исследований: ЭКГ, обзорная рентгенография брюшной полости, ректороманоскопии, ирригоскопии или колоноскопии.

Кроме

этого, в качестве предоперационного обследования онкологических больных показано проведение рентгенографии грудной клетки, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, таза, забрюшинного пространства, при возможности - КТ или МРТ брюшной полости и малого таза, гастродуоденоскопии.

7. Осмотр женщин гинекологом.
8. Осмотр терапевтом и анестезиологом.

Дифференциальная диагностика кишечной непроходимости.

- Перфорация полого органа.
- Острый аппендицит.
- Острый холецистит.
- Острый панкреатит.
- Острое нарушение мезентериального кровообращения.
- Асцит.
- Перитонит.
- Спонтанный бактериальный перитонит.

- Острый синдром приводящей петли (с резекцией желудка по Бильрот-2 в анамнезе).
- Почечная колика.
- Мегаколон.

Диагностические критерии.

1. Клинические проявления: схваткообразные боли в животе высокой интенсивности, вздутие живота, отсутствие отхождения стула и газов, тошнота, рвота.

2. Рентгенологический метод:

1) Обзорная полипозиционная рентгенография органов брюшной полости:

- определение газа и уровней жидкости в расширенных петлях кишок (чаши Клойбера);

- поперечная исчерченность кишки.

2) Ирригоскопия (может быть выполнена после УЗИ и эндоскопических исследований)

- дефект наполнения в толстой кишке;

- циркулярный дефект наполнения на уровне стенозирующей просвет кишки опухоли, проксимальнее которой поступление контрастного вещества не происходит.

3) Пассаж бариевой взвеси по ЖКТ при кишечной непроходимости опухолевой этиологии может быть неэффективным методом исследования.

4) рентгено-контрастные исследования (ирригография)

5) Компьютерная томография (в 90% случаев, позволяет определить точную локализацию и распространённость опухоли, выявить отдалённые метастазы)

6) Эндоскопический метод: ректороманоскопия, колоноскопия (верификация новообразования прямой или ободочной кишки, определение уровня поражения, выраженность стеноза просвета кишки на уровне опухоли.)

- Колоноскопия (выявления уровня обструкции и верификации диагноза путём выполнения биопсии опухоли.)

Противопоказанием к проведению колоноскопии:

- декомпенсированная кишечная непроходимость, сопровождающаяся диастатической перфорацией кишки, или

высоким риском её развития, перитонитом, крайне тяжелым общим состоянием больного.

7) Ультразвуковой метод диагностики.

- расширение просвета тонкой кишки более 2 см с наличием феномена «секвестрации жидкости» в просвете кишки;

- утолщение стенки тонкой кишки более 4 мм;

- наличие возвратно-поступательных движений химуса по кишке;

- увеличение высоты керкринговых складок более 5 мм, увеличение расстояния между ними более 5 мм;

- гиперпневматизация кишечника в приводящем отделе;

- наличие свободной жидкости в брюшной полости.

ЛЕЧЕНИЕ

1. КОНСЕРВАТИВНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ.

-Коррекция водно-электролитных нарушений, эндогенной интоксикации, при инфекционно-септических осложнениях начинается антибактериальная терапия.

Элементами консервативного лечения являются:

- Обеспечение декомпрессии проксимальных отделов желудочно-кишечного тракта путём аспирации содержимого через назогастральный или назоинтестинальный зонд.
- Очистительные и сифонные клизмы.
- Инфузия кристаллоидных растворов с целью коррекции водно-электролитных нарушений, ликвидации гиповолемии.
- Коррекция белкового баланса путём переливания белковых препаратов.
- При компенсированной форме кишечной непроходимости лечение целесообразно дополнить назначением сбалансированных питательных смесей.

Положительным клиническим эффектом от консервативной терапии является:

- общая положительная динамика при отсутствии перитонеальной симптоматики;
- прекращение рвоты и отделения застойного содержимого по назогастральному зонду;
- восстановление ритмичной непатологической перистальтики кишечника при аускультации живота;
- уменьшение вздутия живота;
- восстановление отхождения газов;
- купирование болевого синдрома;
- восстановление естественного опорожнения кишечника.

По данным рентгенологических методов исследования:

- уменьшение диаметра участка кишки, расположенного проксимальнее опухоли;
- исчезновение поперечной исчерченности стенки супрастенотического участка кишки;
- уменьшение количества и исчезновение «арок» и уровней жидкости (чаш Клойбера);
- продвижение контраста через опухолевый канал и в дистальные отделы кишки;

Консервативная терапия при субкомпенсированной форме острой кишечной непроходимости считается эффективной при достижении положительной динамики в течение первых 6-12 часов лечения.

Компенсированная форма острой кишечной непроходимости подлежит оперативному лечению в плановом порядке.

В случае установления опухолевой этиологии кишечной непроходимости отсроченное оперативное вмешательство выполняется на фоне указанной консервативной терапии в течение не более 10 суток от установленного диагноза без выписки на амбулаторное лечение во избежание рецидива непроходимости, либо после перевода в специализированное онкологическое или колопроктологическое отделение.

Стентирование опухоли.

В настоящее время все большее распространение получают саморасширяющиеся сетчатые системы (так называемые стенты - self-expanding metallic stents - SEMS), вводимые в просвет кишки на уровень опухоли с помощью эндоскопа.

Основными осложнениями данного метода являются: перфорация кишки, возникающая в 3-6,7% случаев; миграция стента - в 10-11% наблюдений; рецидив непроходимости - у 7-10%

Разрешение кишечной непроходимости позволяет избежать выполнения экстренного или срочного оперативного вмешательства, что даёт возможность использовать дополнительные лечебно-диагностические мероприятия для подготовки больного к плановому оперативному лечению. В некоторых случаях ликвидация острой кишечной непроходимости позволяет выполнить операцию с формированием первичного анастомоза, без наложения превентивной кишечной стомы.

Стентирование значительно снижает риск развития кишечной непроходимости в процессе роста опухоли и, тем самым, избавляет больного от наложения стомы .

2. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- Предоперационная подготовка(ликвидация водно-электролитных и белковых расстройств, купирование явлений эндотоксикоза, декомпрессия кишечника). Согласия пациента на выполнение операции, маркировка места выведения стомы.

-Профилактика тромбозных осложнений.

-Антибиотикопрофилактика(профилактическое интраоперационное внутривенное введение цефалоспоринов или фторхинолонов в сочетании с метронидазолом. Эффективность профилактики нагноения послеоперационной раны при однократном внутривенном введении цефалоспоринов в сочетании с метронидазолом не уступает таковой при трёхкратном их применении после операции)

-Подготовка кишечника(бесшлаковая диета в сочетании с приёмом вазелинового масла, 15% раствора

сернокислой агнезии и механической очисткой толстой кишки)

При острой декомпенсированной кишечной непроходимости не рекомендуется применение слабительных препаратов, стимуляция перистальтики кишечника, постановка очистительных клизм.

-Подготовка к формированию стомы(маркировка области, где предполагается сформировать стому)

Существует два варианта выведения стомы:

1. Вблизи опухоли – при формировании временной стомы и предполагаемом удалении новообразования толстой кишки вторым этапом, когда стома войдёт в зону резекции кишки с опухолью.

2. Вдали от опухоли, когда стома является постоянной, или второй этап хирургического лечения подразумевает сохранение имеющейся стомы в качестве превентивной.

Мобилизация участка кишки должна производиться:

- на протяжении, достаточном для предотвращения возможного натяжения брыжейки в

условиях послеоперационного пареза кишечника, поворотов больного на бок, при кашле и т.п.

- с сохранением хорошего кровоснабжения выводимого участка кишки.

Диаметр отверстия в брюшной стенке должен соответствовать нормальному диаметру соответствующего отдела кишечника.

Выведенная петля толстой кишки при колостомии должна быть не ниже уровня кожного покрова. Наименьшее расстояние от места предполагаемой илеостомы до слепой кишки 15-20 см. Необходимым условием выбора петли является возможность подтянуть её выше уровня кожи на 3-4 см. Целесообразно установка поддерживающих палочек под петлевую стому для профилактики её ретракции. Этап формирования кишечной стомы завершается фиксацией серозно-мышечного слоя кишки к коже, для чего используется атравматическая игла с рассасывающейся нитью. Не рекомендуется фиксация брюшины к коже, а также прикрепление к швам марлевых шариков или турунд, введение в просвет кишки зондов. После фиксации кишки к коже передней брюшной стенки и ушивания послеоперационных ран производится вскрытие просвета кишки и окончательное формирование стомы.

Формирование пристеночных колостом, в том числе цекостом, является нецелесообразным, так как не происходит полного отключения пассажа кишечного содержимого и полноценного купирования осложнений опухолевого процесса.

Основные принципы выполнения оперативных вмешательств при кишечной непроходимости опухолевого генеза.

-Формирование проксимальной разгрузочной илео- или колостомы показано при отсутствии таких осложнений со стороны первичной опухоли, как перфорация, абсцедирование, кровотечение, а также диастатических разрывов и перфорации отделов ободочной кишки, расположенных проксимальнее злокачественного новообразования. Наличие таких осложнений диктует крайнюю необходимость выполнения первичной резекции без формирования анастомоза. После стабилизации состояния больного, в условиях специализированного стационара показано выполнение резекции толстой кишки с соблюдением онкологических принципов. При этом возможно сохранение ранее наложенной стомы в качестве превентивной для протекции сформированного межкишечного анастомоза. Отсутствие эффекта от предоперационного консервативного лечения у больных с кишечной непроходимостью и другими жизненно опасными осложнениями со стороны опухоли, такими, как перфорация, абсцедирование, кровотечение, диастатические разрывы и перфорация проксимально расположенных отделов является показанием к резекции толстой кишки. При расположении новообразований в правых отделах ободочной кишки выполняется операция по типу Лахей, при левосторонней локализации – резекция толстой кишки по типу операции Гартмана. При наличии ишемических и некротических изменений кишечной стенки, перфорации проксимально расположенных отделов ободочной кишки, должна производиться ее резекция в пределах неизмененных тканей.

При эффективности консервативного лечения, стабилизации состояния пациента и

наличии благоприятных условий (резектабельность, отсутствие диссеминированных форм канцероматоза, перитонита, переносимость операции, наличие хирурга соответствующей квалификации) следует стремиться к удалению первичной опухоли, независимо от стадии заболевания.

Принципы абластичности:

- одномоментное удаление лимфатических коллекторов резецированных отделов толстой кишки, путём высокой перевязки соответствующих сосудов;
- расширенная лимфаденэктомия с удалением парааортальных лимфоузлов при их метастатическом поражении;
- при местном распространении опухоли на прилежащие органы и ткани — их резекция или удаление.

Предпочтительным способом завершения резекции толстой кишки, предпринимаемой по поводу опухолевой непроходимости, является формирование одностольной коло — или илеостомы. Одномоментное восстановление кишечной трубки допустимо лишь при формировании тонко-толстокишечного анастомоза в условиях специализированного стационара, когда кишечная непроходимость расценивается как компенсированная.

При радикальных операциях для гистологического исследования в обязательном порядке отправляется весь препарат, удалённый во время хирургического вмешательства.

При паллиативных резекциях необходима биопсия остающихся метастазов из доступных очагов с учетом риска осложнений (кровотечение, травма органа и сосудов), для верификации очаговых изменений и стадирования заболевания.

Типовые объемы оперативных вмешательств при толстокишечной непроходимости опухолевой этиологии.

1. Опухоли правых отделов ободочной кишки (слепая, восходящая ободочная кишка, правый изгиб, проксимальная часть поперечной ободочной кишки):

- петлевая илеостомия лапароскопическим или минилапаротомным или открытым доступом;
- правосторонняя гемиколэктомия по Лахю;
- при отсутствии декомпенсированной кишечной непроходимости возможно выполнение правосторонней гемиколэктомии с формированием илео-трансверзоанастомоза;
- при наличии отдаленных метастазов и (или) тяжелом состоянии пациента — формирование проксимальной кишечной стомы.

2. Опухоль средней трети поперечной ободочной кишки:

- петлевая илеостомия лапароскопическим или минилапаротомным или открытым доступом;
- расширенная правосторонняя гемиколэктомия по Лахю;
- резекция поперечной ободочной кишки по типу операции Гартмана;
- субтотальная резекция ободочной кишки (по типу операции Гартмана или с

формированием илеосигмоидного анастомоза);

- при наличии отдаленных метастазов и (или) тяжелом состоянии пациента — формирование проксимальной кишечной стомы.

3. Опухоли левых отделов ободочной кишки (дистальная часть поперечной ободочной кишки, левый изгиб, нисходящая ободочная кишка, сигмовидная кишка):

- петлевая колостомия (сигмостомия, трансвезостомия - в зависимости от локализации опухоли) – предпочтительно лапароскопическая или из минилапаротомного доступа;
- левосторонняя гемиколэктомия по типу операции Гартмана;
- резекция левых отделов ободочной кишки по типу операции Гартмана;
- резекция сигмовидной кишки по типу операции Гартмана;
- при наличии неудалимых отдаленных метастазов в качестве окончательной операции, наряду со стентированием, может выполняться петлевая колостомия [18] (УД 1b).

4. Субтотальная резекция ободочной кишки может быть рекомендована:

- при выраженных ишемических изменениях отделов ободочной кишки, расположенных проксимальнее опухоли, а также в случае диастатической перфорации супрастенотически расширенных отделов толстой кишки;
- при синхронных опухолях ободочной кишки.

В условиях острой декомпенсированной кишечной непроходимости от формирования анастомоза следует отказаться.

В случае кишечной непроходимости, обусловленной наличием опухоли прямой кишки, от выполнения первичной резекции прямой кишки по Гартману целесообразно отказаться, так как это существенно затрудняет последующую реабилитацию больного.

При наличии у больного рака средне- или ниже-ампулярного отделов прямой кишки, особенно в случае местно-распространенных опухолей, выполнение операции Гартмана лишает больного возможности проведения неоадьювантной химио-лучевой терапии.

Толстокишечная непроходимость с инфекционно-воспалительными осложнениями.

-Санация и дренирование очагов гнойного воспаления.

Абсцесс брыжейки

- Резекция ободочной кишки с абсцессом.

При локализации опухоли в правых отделах выполняется правосторонняя гемиколэктомия по типу операции Лахей. При локализации опухоли в средней трети поперечной ободочной кишки производится её резекция по типу операции Гартмана. При локализации опухоли в левых отделах и возможности удаления абсцесса без его вскрытия выполняется резекция ободочной кишки по типу Гартмана .

При отсутствии возможности удаления опухоли и (или) наличии отдаленных метастазов выполняется пункция полости абсцесса, или его вскрытие и дренирование

(желательно экстраперитонеально), затем формирование петлевой стомы проксимальнее основного процесса

Абсцесс забрюшинного пространства.

-Вскрытие и дренирование абсцесса (предпочтительно пункционным методом) и ликвидация непроходимости.

При резектабельных новообразованиях выполняется правосторонняя гемиколэктомия по типу операции Лахей. При невозможности удаления опухоли и/или наличии отдаленных метастазов производится экстраперитонеальное вскрытие и дренирование абсцесса с формированием проксимальной стомы. При локализации опухоли в средней трети поперечной ободочной кишки производится её резекция по типу

операции Гартмана. При локализации опухоли в левых отделах ободочной кишки выполняется пункция или вскрытие и дренирование абсцесса, по возможности, экстраперитонеально, резекция по типу операции Гартмана. При невозможности удаления опухоли и/или наличии отдаленных метастазов производится экстраперитонеально вскрытие и дренирование абсцесса с наложением кишечной стомы.

При локализации опухоли в прямой кишке выполняют пункцию абсцесса или его экстраперитонеальное вскрытие и дренирование с формированием проксимальной петлевой колостомы

Перитонит.

- Ликвидация кишечной непроходимости и устранение причины перитонита, санация и дренирование брюшной полости.

Основными причинами развития перитонита при кишечной непроходимости

опухолевого генеза являются:

- перфорация опухоли
- перфорация супрастенотического отдела толстой кишки (диастатическая перфорация).
- вскрытие абсцесса брыжейки или забрюшинного пространства в свободную брюшную полость. - инфицирование транссудата брюшной полости.

При расположении опухоли в слепой, восходящей кишке, правом изгибе ободочной кишки, стандартной операцией является правосторонняя гемиколэктомия с высокой перевязкой подвздошно-ободочной артерии, правой ободочной артерии и правой ветви средней ободочной артерии и формированием илео-трансверзо-анастомоза.

При локализации опухоли в проксимальной части поперечной ободочной кишки выполняется расширенная правосторонняя гемиколэктомия, при которой помимо вышеуказанных сосудов производят высокую перевязку средней ободочной артерии. При местно-распространенных новообразованиях этой локализации, а также при наличии отдаленных метастазов в печень, яичники, выполняются комбинированные хирургические вмешательства. У пациентов с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, с распространенным канцероматозом брюшины или массивным метастатическим поражением печени операция может быть ограничена

формированием обходного илео-трансверзо-анастомоза или выведением илеостомы.

У пациентов с новообразованиями средней трети поперечной ободочной кишки плановые оперативные вмешательства могут быть выполнены в объеме резекции поперечной ободочной кишки или субтотальной резекции ободочной кишки.

В качестве планового оперативного вмешательства при локализации злокачественного новообразования в дистальной трети поперечной ободочной кишки, левом изгибе, нисходящей кишке, проксимальной и средней трети сигмовидной кишки выполняется левосторонняя гемиколэктомия, при которой производят высокое лигирование нижнебрыжеечных сосудов и левой ветви средней ободочной артерии. Операцию завершают формированием трансверзо-сигмоидного или трансверзо-ректального анастомоза. При раке дистальной трети сигмовидной кишки производится дистальная резекция сигмовидной кишки, при которой необходимо производить перевязку нижнебрыжеечной артерии у места отхождения от аорты. При местно-распространенных опухолях этих локализаций, а также при наличии отдаленных метастазов могут быть выполнены комбинированные операции. У больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, при распространенном метастатическом поражении брюшины или печени может быть также выполнена резекция ободочной кишки по типу операции Гартмана. Операция в этой ситуации может быть ограничена формированием колостомы или илеостомы (предпочтительно через лапароскопический или минидоступ).

При раке прямой кишки в зависимости от локализации опухоли в плановом порядке могут быть выполнены следующие оперативные вмешательства: передняя резекция прямой кишки, низкая передняя резекция прямой кишки с превентивной илео- или колостомой, операция Гартмана, брюшно-анальная резекция прямой кишки, брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки, комбинированные операции. У тяжелых больных, при местно-распространенных новообразованиях прямой кишки и при массивном отдаленном распространении опухоли операция может быть ограничена коло- или илеостомией (предпочтительно через лапароскопический или минидоступ).

Лечебная тактика при кишечной непроходимости, обусловленной местными рецидивами рака толстой кишки.

Тактика лечения больных при поступлении в общехирургические стационары должна заключаться в выведении проксимальной стомы, стабилизации состояния пациента и направление его в специализированные лечебные учреждения.

На хирургическую тактику при кишечной непроходимости у пациентов с местными рецидивами колоректального рака оказывают влияние следующие факторы:

- Локализация местного рецидива (в тазу или в брюшной полости; внутрипросветный или внекишечный).
- Местное распространение рецидивной опухоли.
- Наличие отдаленных метастазов и их локализация.
- Выраженность явлений кишечной непроходимости.

- Другие осложнения со стороны рецидивной опухоли (перифокальное воспаление, абсцедирование, кровотечение, формирование свищей).

- Общее состояние пациента и выраженность сопутствующих заболеваний.

В специализированной клинике при отсутствии полной кишечной непроходимости, резектабельном местном рецидиве опухоли, отсутствии отдаленных метастазов и удовлетворительном состоянии пациента показано выполнение комбинированной операции – удаления местного рецидива опухоли, органов и тканей, вовлеченных в опухолевый процесс .

Кишечная непроходимость при раке толстой кишки с канцероматозом брюшины.

В хирургическом отделении общего профиля.

- проксимальная илеостомия (при расположении препятствия в дистальных отделах подвздошной кишки);

- формирование обходного энтеро-энтеро-анастомоза (при высоком уровне непроходимости).

В специализированном стационаре.

-удаление первичной опухоли толстой кишки, всех, по возможности, имплантационных метастазов для

достижения полной циторедукции.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В СТАЦИОНАРЕ БОЛЬНЫМ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Название клинических рекомендаций	Временные	Процессуальные	Профилактирующие
1. Клинические рекомендации по лечению больных с кишечной непроходимостью опухолевой этиологии (Код МКБ К 56.6, С 18, С 19, С 20).	Установка клинического диагноза в течение 2-х часов: 0/1 Оценка эффективности проводимой консервативной терапии не позднее 12 часов 0/1 При разрешении острой кишечной непроходимости направление больного для плановой операции в онкологический или колопроктологический стационар. 0/1	Пальцевое ректальное исследование 0/1 Ректороманоскопия 0/1 ЭКГ 0/1 Обзорная рентгенография органов грудной клетки 0/1 Лучевые методы обследования брюшной полости 0/1 Определение группы крови: 0/1 Клинический анализ крови; биохимический анализ крови; клинический анализ мочи; коагулограмма: 0/1	Отсутствие осложнений: Внутрибрюшное кровотечение: 0/1 Абсцесс: 0/1 Пневмония: 0/1 Тромбоэмболия: 0/1 Парастомальные осложнения 0/1 Эвентрация 0/1 Несостоятельность анастомоза 0/1 Послеоперационный перитонит: 0/1 Летальный исход 0/1

		<p>Исследование крови на сифилис, вирусный гепатит В, вирусный гепатит С: 0/1 Метод оперативного лечения в соответствии с клиническими рекомендациями: 0/1 Метод анестезии в соответствии с объемом оперативного лечения 0/1.</p>	
--	--	---	--