

6. ОСТРАЯ ОПУХОЛЕВАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

Острая опухолевая кишечная непроходимость (ООКН) – состояние, характеризующееся полным или частичным нарушением пассажа содержимого по кишечнику вследствие механического препятствия, обусловленного опухолевым поражением толстой кишки.

Код по МКБ-10: K56.

К наиболее часто вызывающим острую опухолевую кишечную непроходимость причинам относятся злокачественные новообразования ободочной и прямой кишки.

Классификация

I. По уровню непроходимости: опухоли правых отделов ободочной кишки, опухоли левых отделов ободочной и прямой кишки.

II. По степени нарушения пассажа кишечного содержимого: полная, частичная.

III. По степени компенсации: компенсированная, субкомпенсированная, декомпенсированная.

IV. По состоянию пациента: стабильное и нестабильное.

Догоспитальный этап

В зависимости от тяжести заболевания, степени риска возникновения осложнений, коморбидного фона, а также в целях предоставления дифференцированного объема диагностической и лечебной помощи, показана госпитализация в хирургический стационар с учетом структуры, коечной мощности, оснащения и обеспеченности квалифицированными кадрами медицинского учреждения в соответствии с уровнем системы оказания экстренной медицинской помощи и каналами маршрутизации пациентов, сформированными в субъекте Российской Федерации.

Госпитальный этап

Всем пациентам при поступлении в хирургический стационар проводится медицинская сортировка в зависимости от степени тяжести заболевания и коморбидного фона. Исходя из необходимости в первоочередных лечебных мероприятиях пациенты распределяются на три категории. По результатам сортировки пациенты маршрутизируются в палату интенсивной терапии, в операционную, в диагностическое или хирургическое отделение.

Диагностика

Обязательные исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, группа крови, Rh-фактор, коагулограмма; ЭКГ, обзорная рентгенография органов брюшной полости, УЗИ органов брюшной полости.

Дополнительные исследования: НСВ, HBsAg, RW; колоноскопия, КТ органов брюшной полости с пассажем водорастворимого контраста по ЖКТ, рентгенологическое исследование с оценкой пассажа водорастворимого контраста по ЖКТ.

Лечебная тактика

Хирургическая тактика определяется состоянием пациента, локализацией опухоли, уровнем и степенью компенсации ООКН.

Лечение тяжелых и нестабильных пациентов должно быть направлено на устранение непроходимости и создание благоприятных условий для скорейшего начала лечения онкологического заболевания.

При декомпенсированной форме ООКН и нестабильном состоянии пациента проводится подготовка в условиях реанимации. После интенсивной предоперационной подготовки и обследования выполняется ургентная колоноскопия с целью уточнения диагноза, определения уровня опухолевого стеноза, биопсии опухоли и декомпрессии кишечника за счет имплантации саморасширяющегося кишечного стента. У пациентов с ОКН, обусловленной опухолью нижеампулярного и среднеампулярного отделов прямой кишки стентирование не рекомендовано. При невозможности эндоскопической декомпрессии показано экстренное оперативное вмешательство.

Анестезиологическое пособие определяется исходя из тяжести состояния пациента, объема хирургического вмешательства, наличия сопутствующей патологии. Методом выбора анестезиологического пособия является общая анестезия.

Антибиотикопрофилактика начинается в предоперационном периоде с эмпирического назначения антибактериальных препаратов в соответствии с предполагаемым патогеном по результатам микробиологического мониторинга стационара. Коррекция последующей антибиотикотерапии в случае необходимости проводится на основании микробиологического исследования с определением чувствительности микроорганизмов к антибиотикам.

Выполнение экстренных операций у тяжелого контингента больных должно быть направлено на спасение жизни и носить декомпрессионный и дренирующий характер за счет формирования разгрузочных стом. Больным с ООКН вследствие опухоли правой половины ободочной кишки целесообразно формирование петлевой илеостомы. Больным с ООКН вследствие опухоли левой половины ободочной кишки целесообразно формирование двустольной колостомы для разрешения кишечной непроходимости. При опухолях прямой кишки с ООКН выполняется формирование двустольной трансверзостомы. При стабильном состоянии пациента возможно выполнение правосторонней гемиколэктомии с формированием межкишечного анастомоза. У тяжелых пациентов, в исключительных случаях, когда ООКН осложняется диастатическими разрывами, некрозом стенки кишки, перфорацией и перитонитом, возможно применение резекционных способов оперативных вмешательств как единственно возможных. Изменение объема оперативного вмешательства и сроков проведения операции определяется на консилиуме. Всем больным, которым планируется формирование кишечной стомы, перед операцией рекомендована маркировка области предполагаемой стомы.

В случаях лечения пациентов, находящихся в крайне тяжелом состоянии в результате основной патологии или декомпенсации сопутствующих заболеваний, целесообразно применение тактики этапного хирургического лечения (Damage Control). Хирургическая тактика заключается в минимизации

объема первичной операции. В последующем в отделении реанимации проводится интенсивная терапия, направленная на максимально возможную стабилизацию состояния пациента. Через 24 часа выполняется релапаротомия и адекватная хирургическая коррекция патологического процесса. Изменение сроков выполнения релапаротомии определяется на консилиуме. Количество проводимых релапаротомий зависит от конкретной клинической ситуации.

Проведение декомпрессии при ООКН показано всем больным на госпитальном этапе, начиная с установки назогастрального зонда. Решение вопроса о проведении интраоперационной декомпрессии тонкой кишки принимается индивидуально в зависимости от выполненного объема оперативного вмешательства.

У стабильных пациентов с компенсированной и субкомпенсированной ОКН без перфорации и перитонита, обусловленной опухолью ободочной кишки, при наличии квалифицированной бригады хирургов-онкологов или колопроктологов возможно выполнение радикальной операции по удалению опухоли ободочной кишки.

Лечение пациентов по показаниям продолжается в отделении реанимации и интенсивной терапии до стабилизации их состояния с последующим переводом в профильные хирургические отделения.

В послеоперационном периоде проводятся респираторная и нутритивная поддержка, инфузионная, антибактериальная, антикоагулянтная и антисекреторная терапия, психоэмоциональная коррекция. По показаниям проводится лабораторный и инструментальный мониторинг для оценки состояния и выявления осложнений.

При подтверждении впервые выявленного злокачественного новообразования в обязательном порядке заполняется форма 090/у (извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом ЗНО). При необходимости осуществляется консультация с профильным онкологическим стационаром с использованием телемедицинских технологий. При выписке пациент направляется в учреждение амбулаторной онкологической помощи согласно действующим нормативным приказам Министерства здравоохранения РФ и региональных территориальных программ.