

В. В. Міщенко,
В. В. Грубник,
Ю. М. Кошель,
П. І. Пустовойт,
В. В. Горячий

Одеський національний
медичний університет

Одеська обласна клінічна
лікарня,

Департамент охорони
здоров'я Одеської обласної
державної адміністрації

© Колектив авторів

ОБТУРАЦІЙНА КИШКОВА НЕПРОХІДНІСТЬ ПУХЛИННОГО ГЕНЕЗУ — ДІАГНОСТИЧНА ПРОГРАМА І ТАКТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ

Резюме. Проведено аналіз результатів клінічного обстеження та лікування 112 хворих раком товстої кишки, ускладненого гострою обтураційною товстокишковою непрохідністю. Основними завданнями хірургічного лікування хворих з гострою обтураційною товстокишковою непрохідністю були: ліквідація гострої кишкової непрохідності шляхом радикальної резекції кишки з пухлиною, накладенням колостоми на проксимальні відділи товстої кишки або обхідного ілеотрансверзоанастомоза, корекція порушень гомеостазу, профілактика післяопераційних ускладнень. Післяопераційні ускладнення зареєстровані у 30 (26,8 %) пацієнтів. Ранові ускладнення були присутні в 26 (23,2 %) випадках: нагноєння рани — у 21 (18,8 %) хворого, серома і інфільтрати — у 4 (3,6 %), евентрація — у 6 (5,4 %), нагноєння з боку кишкових стом — у 19 (17 %) хворих. У післяопераційному періоді померли 27 (24,1 %) хворих. Причинами летальних випадків у 18 (16,1 %) хворих стали прогресуюча поліорганна недостатність, тромботичні ускладнення у вигляді інфаркта міокарда — у 3 (2,7 %), тромбоемболія легеневої артерії — у 4 (3,6 %), печінково-ниркова недостатність — у 1 (0,9 %), пневмонія — у 1 (0,9 %) випадку. На підставі даних оглядової рентгенографії та УЗД черевної порожнини можна констатувати наявність кишкової непрохідності без уточнення локалізації місця обструкції. Обсяг оперативного втручання слід визначати диференційовано, залежно від вираженості явищ кишкової непрохідності та перитоніту, поширеності пухлинного процесу, тяжкості стану хворого і супутньої патології.

Ключові слова: обтураційна кишкова непрохідність пухлинного генезу, діагностична програма, тактичні підходи.

Вступ

Гостра обтураційна кишкова непрохідність (ГОКН) залишається одним з найбільш поширених і важких захворювань органів черевної порожнини та складає від 9,4 до 27,1 % серед усієї невідкладної абдомінальної патології [7].

ГОКН характеризується труднощами в діагностиці, важким перебігом і високою летальністю — до 25 % серед хворих, оперованих з приводу «гострого живота». Проведені в останні роки дослідження встановили зміну структури гострої кишкової непрохідності внаслідок неухильного зростання захворюваності колоректальним раком (КРР), при цьому у 20 % діагностується IV стадія захворювання [3, 4, 6].

Основні причини збільшення кількості поширених форм колоректального рака, незадовільні результати лікування ГОКН пухлинного генеза пов'язані з похилим та старечим віком хворих, а також із занедбаністю пухлин внаслідок несвоєчасного звернення за медичною допомогою, пізньої діагностики [2].

Найбільш частим ускладненням рака товстої кишки є гостра кишкова непрохідність (26,4 %) [2, 6]. При раку лівої половини товстої кишки це ускладнення виникає у 56-72 % випадків [3]. Післяопераційні гнійно-септичні ускладнення складають 38-80 % [2].

В ургентній хірургії ГОКН пухлинного генезу 36,5-44,9 % операцій носять паліативний і симптоматичний характер [1, 5].

Пацієнти з ускладненим раком товстої кишки, як правило, оперуються в неонкологічних клініках, що призводить до погіршення віддалених результатів лікування. Приблизно в половині випадків операції завершуються формуванням тільки розвантажувальних стом. Не всі пацієнти через страх повторної операції або інших причин, після відвідин хірурга не звертаються в подальшому до онкологів. Невірна оцінка стадійності ракового процесу і невірне трактування поширеності процесу при першій операції у відділеннях хірургічного профілю також негативно можуть відбиватися в подальшій лікувальній тактиці хворого.



В ургентній хірургії ГОКН пухлинного генезу сучасна тенденція лікування ускладненого КРР полягає у використанні резекційних методів з формуванням первинних анастомозів, однак стримуючим фактором є високий ризик розвитку різних післяопераційних ускладнень та висока післяопераційна летальність, яка при радикальних операціях з приводу КРР, ускладненого ГОКН досягає 25 %, а при паліативних — 47 %. За загальноприйнятою думкою ця група пацієнтів характеризується високим ступенем операційно-анестезіологічного ризику, що значною мірою затрудняє визначення хірургічної тактики [1, 3, 7, 8].

Мета роботи

Поліпшити результати діагностики і хірургічного лікування хворих з обтураційною кишковою непрохідністю пухлинного генезу шляхом впровадження вдосконаленого алгоритму лікувально-діагностичної тактики.

Матеріали та методи досліджень

Проведено аналіз результатів клінічного обстеження та лікування 112 хворих раком товстої кишки, ускладненого ГОКН, у клініці кафедри хірургії №1 Одеського національного медичного університету на базі Одеської обласної клінічної лікарні за три роки (2015–2017 рр.).

Для верифікації діагнозу, встановлення стадії онкологічного процесу, визначення операційно-анестезіологічного ризику та об'єму хірургічного втручання всім хворим під час госпіталізації проводили клінічне обстеження, оглядову рентгенографію органів черевної та грудної порожнин (ОЧП та ОГП), ультразвукове дослідження (УЗД), ургентна фіброколоноскопія з гістологічним вивченням отриманого матеріалу (за показаннями), лапароскопію (за показаннями), комплексну лабораторну діагностику.

Комплексна діагностична програма при ГОКН визначала вибір методу лікування (відстрочена або екстрена операція).

Рентгенологічне дослідження починали з оглядової рентгенографії черевної порожнини. Патогномонічними ознаками ГОКН були горизонтальні рівні рідини і скупчення газу в кишечнику у вигляді «чаш Клойбера», локалізованих в бічних відділах живота. За показами хворим виконували комп'ютерну томографію (КТ) ОЧП та ОГП

Усім хворим проводили трансабдомінальне УЗД черевної порожнини з детальною оцінкою стану паренхіматозних органів, наявності метастазів в печінці або парааортальних лімфатичних вузлах, а також проростання пухлини в заочеревинний простір.

Ультразвукове дослідження проводили на ультразвуковому апараті фірми Toshiba-

AplioMX, модель SSA-780 A, режими 2D; M-режим. Датчики: PVT-375, PVT-661VT. Ультрасонографічними ознаками ГОКН були гіперпневматизація кишок, збільшення розміру ободової кишки з внутріпросвітним депонуванням рідини, потовщення її стінки більше 4 мм, наявність зворотно-поступального (м'ятникоподібного) руху хімусу по кишці, зниження або відсутність перистальтичних рухів і наявність випоту в черевній порожнині, збільшення висоти складок Керкринга — більше за 5 мм і відстані між ними — більше 5 мм.

Наявність спавшихся петель тонкої кишки розцінювали як товстокишечну непрохідність, що протікає по типу «замкнутої кишкової петлі» (close loop obstruction). У свою чергу неспроможність баугінієвої заслінки виявлялася дилатацією і тонкої кишки.

У деяких випадках за допомогою УЗД було встановлено локалізацію пухлини та стадію захворювання. Слід зазначити, що виразність сонографічних ознак залежала від стадії компенсації ГОКН, але вони визначаються вже при компенсованій непрохідності, в той час як рентгенологічні ознаки виявляються в більш пізніх стадіях. Така діагностична тактика дозволяла на ранніх стадіях діагностувати порушення руху хімусу по кишці і починати лікування з консервативних заходів, направлених на стабілізацію гомеостазу і корекції моторно-евакуаторної функції кишечника (аспірація шлункового вмісту, багатокомпонентна інфузійна терапія, проведення новокаїнової паранефральної блокади і сифонових клізм). Дана тактика дала можливість у всіх хворих з компенсованою та субкомпенсованою гострою кишковою непрохідністю провести адекватні діагностику і передопераційну підготовку та виконати операцію в більш сприятливих умовах.

У хворих з нетиповою клінічною картиною і непереконливими даними первинного інструментального обстеження використовували динамічне спостереження за допомогою УЗД.

За відсутності симптомів перитоніту хворого готували до екстреної колоноскопії, щоб визначити причину кишкової непрохідності, а при наявності обтураючої пухлини — встановити її локалізацію і ступінь обструкції.

Колоноскопії завжди передували пальцеве дослідження прямої кишки і виконання очисної клізми.

Обсяг і тривалість передопераційної підготовки залежали від тяжкості стану хворих, функціонального стану серцево-судинної, дихальної та сечовидільної систем, характеру майбутньої операції.

Основними завданнями хірургічного лікування хворих з ГОКН були: ліквідація гострої кишкової непрохідності шляхом радикальної резекції кишки з пухлиною або накладенням

колостоми на проксимальні відділи товстої кишки або обхідного ілеотрансверзоанастомоза; корекція порушень гомеостазу; профілактика післяопераційних ускладнень.

Результати досліджень та їх обговорення

До хірургічного відділення більшість пацієнтів — 77(68,8 %) госпіталізовано в 24–72 години від початку захворювання. В першу добу були госпіталізовані 17 (15,2 %) хворих, а 35 (31,3 %) — після 3 діб з появи перших ознак ГОКН. Детальне опитування хворих вказувало на те, що перші прояви порушення пасажу кишкового вмісту спостерігалися за декілька тижнів, а інколи і місяців до госпіталізації. Основними причинами пізньої госпіталізації були несвоєчасне звернення хворих за медичною допомогою, діагностичні і тактичні помилки лікарів «швидкої медичної допомоги» і поліклінік.

Серед 112 хворих були 63(56,3 %) жінки і 49(43,8 %) чоловіків у віці від 52 до 87 років, середній вік склав $66,3 \pm 4,7$ року.

Із супутніх захворювань найчастіше (79,5 %) реєстрували захворювання серцево-судинної системи: ішемічну хворобу серця (73 %) і гіпертонічну хворобу (24,7 %). 46(41,1 %) пацієнтів страждали захворюваннями органів дихання, 11 (9,8 %) - на цукровий діабет. У 47(42 %) хворих виявлена вторинна анемія. У 49(43,8 %) хворих відзначено поєднання двох і більше супутніх захворювань.

У вкрай важкому стані, з явищами декомпенсації функцій життєво важливих органів були доставлені в стаціонар 7(6,3 %) хворих, у важкому - 43(38,4 %), середньої тяжкості - 62(55,4 %).

Переважаючою локалізацією обтуруючої пухлини була ліва половина товстої кишки - 79(70,5 %) хворих, найчастіше — (48,2 %) сигмоподібна кишка і ректосігмоїдний відділ товстої кишки. Поразку сліпої кишки діагностовано у 13 (11,6 %) хворих, висхідного відділу — у 11 (9,8 %), нисхідного відділу — у 14 (12,5 %), прямої кишки — у 11 (9,8). Ураження поперечно-ободової кишки виявлено у 6 (5,4 %) хворих. У 3 (2,7 %) випадках виявлено первинний множинний рак товстої кишки.

У 25 (22,3 %) пацієнтів, окрім ГОКН, виявлено: параколичний абсцес у 4 (3,6 %) випадках, перфорація пухлини — у 9 (8,0 %), діагностичні розриви ободової кишки — у 12 (10,7 %). У 14 (12,5 %) випадках ГОКН ускладнилась розвитком перитоніту.

У 100 (89,3 %) пацієнтів при гістологічному дослідженні виявлено аденокарциному товстої кишки, у 5(4,5 %) — перстневидно клітинний рак, у 7 (6,2 %) — недиференційований рак.

Згідно з міжнародною класифікацією TNM у всіх хворих пухлина була Т 3–4, що в сукуп-

ності із значеннями N і M відповідало III а–б або IV стадіям онкологічного процесу.

На підставі клініко-анамнестичних даних, результатів лабораторних й інструментальних методів дослідження, макроскопічної оцінки змін органів черевної порожнини при інтраопераційній ревізії, з метою об'єктивного аналізу отриманих результатів і вироблення індивідуалізованої тактики хірургічного лікування ми розділяли за ступенем тяжкості ГОКН на компенсовану, субкомпенсовану і декомпенсовану. У 70 (62,5 %) пацієнтів була діагностовано декомпенсовану ГОКН, у 42(37,5 %) — компенсовану і субкомпенсовану.

У 3 (2,7 %) спостереженнях пухлинна обструкція товстої кишки було діагностовано на догоспітальному етапі, в інших випадках констатували тільки наявність гострої кишкової непрохідності.

На більш ранніх стадіях товстокишкової непрохідності у 24 (21,4 %) хворих виявлявся тільки пневматоз товстої кишки. На підставі клінічних та рентгенологічних даних діагноз ГОКН був встановлений в 72 (64,3 %) випадках. Висновок про пухлинну етіологію на підставі даних рентгенографії завжди носив попередній характер.

В доопераційному періоді при УЗД в 103 (92,0 %) випадках констатували кишкову непрохідність без уточнення локалізації зони обструкції.

Колоноскопію проведено 11 (9,8 %) хворим. Метод виявився інформативним лише в 6 (54,5 % спостережень у зв'язку з недостатньою підготовкою товстої кишки.

Лапароскопію застосовано у 13 (11,6 %) хворих в діагностично важких випадках, коли необхідно було виключити іншу патологію органів черевної порожнини. Головні перешкоди до її виконання — вираженість спайкового процесу в черевній порожнині і значна дилатація кишечника.

При ГОКН в переважній більшості випадків на перший план виступали синдроми ендогенної інтоксикації та гіповолемії, тяжкість яких вимагала проведення інтенсивної терапії в умовах реанімаційного відділення.

За відсутності ефекту від проведеного лікування в перші 6 год з моменту надходження прооперовані 55 (49,1 %) хворих, через 7-12 год — 36 (32,1 %), через 13-24 год — 15 (13,4 %), у більш пізні терміни — 6 (5,4 %) пацієнтів. Показання до екстрених хірургічних втручань в зв'язку з перфорацією товстої кишки і розвитком поширеного калового перитоніту встановлені у 14 (12,5 %) хворих.

У 32 (28,6 %) спостереженнях через поширеність пухлинного процесу, наявності віддалених метастазів в печінку і канцероматоза очеревини були виконані мінімальні втручання



для ліквідації кишкової непрохідності: формування обхідного ілеотрансверзоанастомоза, двуствольної ілеостоми або колостоми. З них при непрохідності правої половини ободової кишки ілеостомія проведена у 4 (3,6 %) хворих, цекостоми — у 1 (0,9 %), обхідний ілеотрансверзоанастомоз — у 5(4,7 %). При локалізації пухлини в лівій половині виконана трансверзостомія у 5(4,7 %) хворих і сігмостоми — у 17(15,2 %).

З 80 (71,4 %) пацієнтів, яким виконано видалення первинної пухлини, формування первинного анастомозу проведено лише у 14 (17,5 %) при локалізації пухлини в правих відділах кишки і субкомпенсованій стадії кишкової непрохідності. У 2 (1,8 %) пацієнтів з первинним множинним раком висхідній і дистальної третин сигмовидної кишки проведена колектомія з формуванням кінцевий ілеостоми. В 1 (0,9 %) випадку, при раку поперечної і низхідної ободової кишки з ішемічним некрозом привідного відділу ободової кишки виконана субтотальна колектомія.

При розташуванні пухлини в лівій половині ободової кишки у 19 (17 %) пацієнтів проведена лівобічна геміколектомія з формуванням трансверзостоми. При раку сигмовидної кишки в 32 (28,6 %) випадках і ректосігмоїдного відділу прямої кишки — у 6(5,4 %) виконана операція по типу Гартмана.

У 22 (19,6 %) хворих з субкомпенсованою і декомпенсованою кишковою непрохідністю проведений інтраопераційної лаваж ободової кишки, виконано видалення первинної пухлини з накладенням одноствольної колостоми (обструктивна резекція). Під час операції через стому проводили інтубацію проксимальних відділів ободової кишки двухпросвітним зондом з наступним лаважем і назоінтестинальною інтубацією тонкої кишки.

У 78 (86,7 %) з 90 хворих, що надійшли до відділення на пізніх термінах від початку ГОКН, була присутня циркулярна пухлина, що мала проростання всі шари кишкової стінки. Крім того, у 69 (61,6 %) оперованих хворих виявлено залучення регіонарних лімфатичних вузлів: у 38 (33,9 %) було уражено більше чотирьох вуз-

лів (N2), у 31 (27,7 %) виявлені віддалені метастази в печінку і канцероматоз очеревини.

Післяопераційні ускладнення зареєстровані у 30 (26,8 %) пацієнтів, при цьому у 23 (20,5 %) вони носили множинний характер. Ранові ускладнення були присутні в 26 (23,2 %) випадках, з них нагноєння рани — у 21 (18,8 %) хворого, серома і інфільтрати — у 4 (3,6 %), евентрація — у 6(5,4 %). Ускладнення з боку кишкових стом (нагноєння) розвинулися у 19 (17 %) хворих.

Інтраабдомінальні ускладнення виникли в 12(10,7 %) випадках, з них неспроможність товстокишкової анастомозів і дистальної кукси з розвитком поширеного перитоніту — у 5 (4,5 %) хворих, абсцеси черевної порожнини — у 2 (1,8 %), рання спайкова кишкова непрохідність — у 4 (3,6 %), некроз і відходження колостоми від передньої черевної стінки — у 1 (0,9 %).

Середня тривалість стаціонарного лікування склала 27,6 ліжко-днів, при неускладненому перебігу післяопераційного періоду — 16, при розвитку післяопераційних ускладнень — 33,6 ліжко-дня.

У післяопераційному періоді померли 27 (24,1 %) хворих, з них у 13 (11,6 %) випадках — після паліативних втручань. Причинами летальних випадків у 18 (16,1 %) хворих стали прогресуюча поліорганна недостатність, тромботичні ускладнення у вигляді інфаркта міокарда — у 3 (2,7 %), тромбоемболія легеневої артерії — у 4(3,6 %), печінково-ниркова недостатність — у 1 (0,9 %), пневмонія — у 1 (0,9 %) випадку.

Висновки

1. На підставі даних оглядової рентгенографії та УЗД черевної порожнини можна констатувати наявність кишкової непрохідності без уточнення локалізації зони обструкції.

2. Обсяг оперативного втручання слід визначати диференційовано, залежно від вираженості явищ кишкової непрохідності та перитоніту, поширеності пухлинного процесу, тяжкості стану хворого і супутньої патології.

ЛІТЕРАТУРА

1. Выбор тактики хирургического лечения больных с осложненными формами колоректального рака / Н. Н. Милица, И. Н. Ангеловский, В. Б. Козлов [и др.] // Сучасні медичні технології. — 2013. — № 1 (17). — С. 14—17.
2. Выбор хирургической тактики при острой толстокишечной непроходимости опухолевого генеза / В. М. Тимербулатов, Р. Р. Фаязов, Д. И. Мехдиев [и др.] // Матер. XI съезда хирургов Российской Федерации. — Волгоград, 2011. — С. 333.
3. Гостра товстокишкова непрохідність — діагностика, тактика, вибір способу та об'єму хірургічного втручання / В. В. Мищенко, П. І. Пустовойт, В. В. Величко, Р. Ю. Володюк // Укр. журн. хір. — 2009. — № 1. — С. 97—100.
4. Ивашенко В. В. Лечение опухолевой толстокишечной непроходимости в условиях общехирургического стационара / В. В. Ивашенко, В. С. Ковальчук // Архив клин. и экспериментальной медицины. — 2007. Т. 16, №1. — С.44 — 47.
5. Калинин А. Е. Выбор метода устранения обтурационной толстокишечной непроходимости / А. Е. Калинин, Е. В. Калинин // Клин. онкол. — 2013. — № 3 (11). — С. 1—6.
6. Особенности хирургического лечения больных с непроходимостью толстой кишки опухолевого генеза / П.Г. Кондратенко, Е.А. Мумров, Ф.Э. Элин, О.А. Белозерцев // Харківська хірургічна школа. - 2004. - №1-2. -С. 30 - 32.
7. Особенности клинического течения и хирургической тактики при острой толстокишечной непроходимости / И. В. Иоффе, Ю. А. Хунов, Н. А. Шор [и др.] // Укр. журн. хір. — 2009. — № 5. — С. 97—100.
8. Первично-восстановительная тактика хирургического лечения рака толстой кишки, осложненного полной кишечной непроходимостью / Г. В. Бондарь, В. Х. Башеев, Ю. И. Яковец [и др.] // Укр. журн. хір. — 2009. — № 1. — С. 16—18.

**ОБТУРАЦИОННАЯ
КИШЕЧНАЯ
НЕПРОХОДИМОСТЬ
ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА
- ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ
ПРОГРАММА И
ТАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ
К ЛЕЧЕНИЮ**

***В. В. Мищенко, В. В.
Лакей, Ю. Н. Кошель, П. И.
Пустовойт, В. В. Горячий***

Резюме. Проведен анализ результатов клинического обследования и лечения 112 больных раком толстой кишки, осложненной острой обтурационной кишечной непроходимостью. Основными задачами хирургического лечения больных с острой обтурационной кишечной непроходимостью были: ликвидация острой кишечной непроходимости путем радикальной резекции кишки с опухолью или наложением колостомы на проксимальные отделы толстой кишки, или обходного илеотрансверзоанастомоза, коррекция нарушенный гомеостаза, профилактика послеоперационных осложнений. Послеоперационные осложнения зарегистрированы у 30 (26,8 %) пациентов. Раневые осложнения присутствовали в 26 (23,2 %) случаях: нагноение раны — у 21 (18,8 %) больного, серома и инфильтраты — у 4 (3,6 %), эвентрация — у 6 (5,4 %), нагноение со стороны кишечных стом — у 19 (17 %) больных. В послеоперационном периоде умерли 27 (24,1 %) больных. Причинами летальных исходов были прогрессирующая полиорганная недостаточность у 18 (16,1 %) больных, тромботические осложнения в виде инфаркта миокарда — у 3 (2,7 %), тромбоэмболия легочной артерии — у 4 (3,6 %), печеночно-почечная недостаточность — в 1 (0,9 %), пневмония — у 1 (0,9 %) случае. На основании данных обзорной рентгенографии и УЗИ брюшной полости можно констатировать наличие кишечной непроходимости без уточнения локализации обструкции. Объем оперативного вмешательства следует определять дифференцированно, в зависимости от выраженности явлений кишечной непроходимости и перитонита, распространенности опухолевого процесса, тяжести состояния больного и сопутствующей патологии.

Ключевые слова: *обтурационная кишечная непроходимость опухолевого генеза, диагностическая программа, тактические подходы.*



INTESTINAL
OBSTRUCTION OF TUMOR
GENESIS - DIAGNOSTIC
PROGRAM AND TACTICAL
APPROACHES TO
TREATMENT

*V. V. Mishchenko, V. V. Lackey,
Yu. N. Koshel, P. I. Pustovoit,
V. V. Goryachiy*

Summary. The results of clinical examination and treatment of 112 patients with colon cancer complicated by acute obstructive intestinal obstruction were analyzed. The main tasks of surgical treatment of patients with acute obstructive intestinal obstruction were: the elimination of acute intestinal obstruction by radical resection of the intestine with a tumor or the imposition of colostomy on the proximal parts of the colon, or bypass ileotransversoanastomosis, correction of homeostatic disorders, prevention of postoperative complications. Postoperative complications were registered in 30 (26.8 %) patients. Wound complications were present in 26 (23.2 %) cases: wound suppuration — in 21 (18.8 %) patients, seroma and infiltrates — in 4 (3.6 %), eventration — in 6 (5.4 %), suppuration from the intestinal stoma — in 19 (17 %) of the sick. 27 (24.1 %) patients died in the postoperative period. The causes of death were progressive multiorgan failure in 18 (16.1 %) patients, thrombotic complications in the form of myocardial infarction — in 3 (2.7 %), pulmonary embolism — in 4 (3.6 %), hepatico-renal insufficiency — in 1 (0.9 %), pneumonia - in 1 (0.9 %) cases.

We can state the presence of intestinal obstruction without clarifying the localization of obstruction, based on the data of the survey radiography and ultrasound of the abdominal cavity. The volume of surgical intervention should be determined differentially, depending on the severity of the phenomena of intestinal obstruction and peritonitis, the prevalence of the tumor process, the severity of the patient's condition and concomitant pathology.

Key words: *intestinal obstruction of tumor genesis, diagnostic program, tactical approaches.*