УДК 616-006-089

DOI: 10.31549/2541-8289-2021-2-29-33

ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Атаманов К.В., Войццкий В.Е., Ткачук О.А.,
Лебедева В.А., Скуридина И.В., Федорова Е.В.,
Вайнер Ю.С., Атаманов Д.К., Атаманова Э.Р.
ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский
университет» Минздрава России

ONCOLOGICAL OPERATIONS IN EMERGENCY SURGERY (CLINICAL CASE)

Atamanov K.V., Voitsitsky V.E., Tkachuk O.A.,
Lebedeva V.A., Skuridina I.V., Fedorova E.V.,
Vajner Yu.S., Atamanov D.K., Atamanova E.R.
Novosibirsk State Medical University

АННОТАЦИЯ

Увеличение заболеваемости колоректальным раком не может остаться незамеченным. Число пациентов с его осложнениями в общехирургических стационарах неуклонно растет. К основным осложнениям относятся острая кишечная непроходимость, кровотечение, распад опухоли с параканкротическим абсцедированием или перфорацией. Это значительно затрудняет возможности проведения радикального лечения онкопроктологических пациентов и существенно снижает количество резекционных вмешательств. Частота развития послеоперационных осложнений у ургентных больных достоверно выше, чем после плановых операций. Самым фатальным является несостоятельность межкишечного анастомоза, как правило, требующая релапаротомии и нередко стомирующего этапа операции. При местнораспространенных опухолях требуется выполнение комбинированных вмешательств, необходимым условием проведения которых является наличие подготовленных специалистов. В статье представлен клинический случай выполнения обширной операции с положительным исходом по поводу осложненного рака толстой кишки в условиях дежурного стационара.

Ключевые слова: колоректальный рак, тонко-толстокишечный анастомоз, несостоятельность.

ABSTRACT

The increase in the incidence of colorectal cancer cannot go unnoticed. The number of patients with its complications in general surgical hospitals is growing steadily. The main ones include acute intestinal obstruction, bleeding, tumor destruction with paracancerous abscess formation or perforation. This limits the possibilities of carrying out the radical treatment of oncoproctological patients significantly, and reduces the number of resection interventions considerably. The incidence of postoperative complications in emergency patients is statistically higher than after elective surgeries. The most fatal is the failure of the enterocolonic anastomosis, usually requiring relaparotomy and often colostomy. With regional tumors, combined interventions are necessary, a prerequisite for which is the availability of trained specialists. The article presents a clinical case of performing a major surgery with a positive outcome for complicated colon cancer in a hospital on duty.

Keywords: colorectal cancer, ileocolonic anastomosis, leakage.

Автор, ответственный за переписку

Corresponding author

Ткачук Ольга Анатольевна: ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, 630091, г. Новосибирск, Красный пр., 52.
E-mail: naiz@rambler.ru

Tkachuk Olga Anatolyevna: Novosibirsk State Medical University, 52, Krasny Prospect, Novosibirsk, 630091, Russia.
E-mail: naiz@rambler.ru

© ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, 2021

ВВЕДЕНИЕ

В Российской Федерации наблюдается ежегодный рост заболеваемости злокачественными новообразованиями ободочной кишки. В настоящее время эта патология занимает 5-е место по уровню заболеваемости у мужчин и 3-е место у женщин [1]. Рост количества пациентов в среднем составляет 4,3 % в год [2]. Непосредственные и отдаленные результаты остаются далеки-

ми от идеала: уровень осложнений достигает 23 %, летальность в плановой хирургии — до 7,5 % [3, 4]. В экстренных ситуациях частота осложнений резко возрастает, а самое фатальное из них — несостоятельность анастомоза — встречается от 2,7 до 14,7 % [5, 6]. Часто после радикальной резекции толстой кишки в экстренном порядке пациентам формируют кишечную стому. Это ведет к необходимости последующей по-

вторной операции по ликвидации стомы. В противном случае пациент остается стомированным на всю жизнь, что негативно влияет на его психологическое состояние и социализацию [7, 8]. Большинство пациентов с осложнениями колоректального рака попадают в общехирургические стационары, где им порой выполняют неадекватные по объему операции. В будущем это серьезно затрудняет дальнейшее лечение таких больных [9].

В статье представлена ситуация, когда по экстренным показаниям выполнено обширное оперативное вмешательство при местнораспространенном раке толстой кишки.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Показать возможности хирургии у пациентов с IV стадией онкологической патологии ЖКТ на примере клинического случая.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе хирургического отделения ГБУЗ НСО «Городская клиническая больница № 1» рассмотрен клинический случай пациента с IV стадией онкологической патологии ЖКТ. Пациенту провели ряд диагностических исследований, включавших в себя как общеклиническое обследование, так и стандартное онкологическое обследование, и выполнили комбинированную операцию с удалением опухоли и метастазов.

Клинический случай. Пациентка Р., 70 лет, обратилась в приемный покой хирургического корпуса ГБУЗ НСО «Городская клиническая больница №1» с жалобами на лихорадку до 38 °С и боль в левой половине живота. Ранее амбулаторно выполнена фиброколоноскопия и выявлена стенозирующая опухоль в сигмовидной кишке на 30 см от ануса. При комплексном дообследовании (ФГС, УЗИ органов брюшной полости, рентгенография органов грудной клетки) дополнительной онкологической патологии и отдаленных метастазов не найдено. ИМТ — 46 (вес 130 кг, рост 167 см). Выполнение МСКТ органов брюшной полости невозможно из-за ожирения, превышающего возможности аппарата КТ. При поступлении уровень гемоглобина — 109 г/л. На рентгенограмме органов грудной клетки очаговых и инфильтративных изменений не выявлено, на рентгенограмме органов брюшной полости — пневматизация единичных петель тонкой кишки. Объективный статус: живот умеренно вздут, болезненный в левом мезогастринии и левой подвздошной области. Опухолевых инфильтратов в брюшной полости не пальпируется. Паци-

ентка госпитализирована в отделение гнойной хирургии ГБУЗ НСО «Городская клиническая больница № 1» (база кафедры факультетской хирургии).

Операция выполнена через 12 ч после поступления по срочным показаниям ввиду клинической картины параканкрозного абсцедирования (оперирующий хирург — доцент кафедры, онколог с опытом колоректальных резекционных вмешательств). Катетеризированы эпидуральное пространство и подключичная вена. Выполнена широкая срединная лапаротомия. При ревизии установлено: в печени очаговых образований не пальпируется, тонкая и толстая кишка не эктазированы. Выявлен неподвижный опухолевый конгломерат 30×25 см, вовлекающий сигмовидную кишку, терминальный отдел подвздошной кишки, левые придатки матки, корень брыжейки тонкой кишки, нижнегоризонтальную ветвь двенадцатиперстной кишки. Левая половина толстой кишки выше опухоли содержит многочисленные дивертикулы до уровня селезеночного угла. Обнаружен одиночный метастаз в пупочное кольцо 10 см в диаметре. В связи с отсутствием явных признаков нерезектабельности решено выполнить резекционный объем вмешательства. Первым этапом удален метастаз в пупочном кольце. Далее в соответствии с техникой по touch начата медиальная (medial to lateral) мобилизация левой половины ободочной кишки.

По ходу нижнебрыжеечной артерии рассечена брюшина, артерия скелетирована, лигирована на 1 см дистальнее устья. Далее иссечен пораженный опухолевым инфильтратом корень брыжейки тонкой кишки, что привело к ишемии дистальных 2 м тонкой кишки, граница адекватного кровоснабжения на 5 см проксимальнее илеоцекального угла. Ишемизированная тонкая кишка удалена до слепой кишки, культи погружена кистным швом. Выполнена окончательная резекция нижнегоризонтальной ветви двенадцатиперстной кишки на протяжении 4 см (клиренс от края инвазии опухоли 1 см), кишка ушита однорядным непрерывным швом ПГА 3/0. Выделена левая половина толстой кишки, лигирована левая воронко-тазовая связка, уходившая в инфильтрат. Левые придатки в опухоли не дифференцируются. Выделен и прослежен левый мочеточник, он интактен. Дистальная линия резекции сигмовидной кишки на 10 см ниже опухоли, проксимальная линия резекции — левая треть поперечной ободочной кишки. Вес удаленного препарата 2,5 кг. Учитыв-

Рис. 1. Формирование однорядного непрерывного илеоасцендоанастомоза:

1 — внутривисцеральные сосуды тонкой кишки;
2 — линия пересечения кишечной стенки

Рис. 2. Формирование культи толстой кишки

воя отсутствие признаков острой кишечной непроходимости, решено отказаться от кишечной стомы.

Реконструктивный этап выполнен по принятой на кафедре методике — сформирован однорядный непрерывный илеоасцендоанастомоз нитью моносорб 3/0 по типу «конец в бок» (патент РФ № 2709253): приводящий сегмент тонкой кишки пересекают в косопоперечном направлении под углом 50–60° к ее брыжеечному краю (рис. 1), культи толстой кишки формируют путем пересечения ее в косо-поперечном направлении под углом 50–60° к брыжеечному краю (рис. 2). Высекают в противобрыжеечной части стенки толстой кишки «окно» — площадку овальной формы площадью, соответствующей площади сечения тонкой кишки, соединяют конец тонкой кишки с овальным отверстием в толстой кишке по типу «конец в бок» с помощью однорядного непрерывного кишечного шва. При этом угол между продольными осями сшиваемых сегментов тонкой и толстой кишки составляет 50–60° (рис. 3). Также сформирован трансверзоректальный «конец в конец» однорядным швом ПГА 3/0.

Брюшная полость дренирована и ушита послойно. Общая продолжительность операции — 7 ч. Кровопотеря 300 мл. При этом специальные лигирующие инструменты не использовали. Гемостаз во время мобилизации проводили монополярной коагуляцией и лигатурами. Вазопрес-

Рис. 3. Соединение конца тонкой кишки с овальным отверстием в толстой кишке по типу «конец в бок» с помощью однорядного непрерывного кишечного шва

сорная поддержка не потребовалась. Интраоперационно перелито 230 мл эритроцитарной массы. В конце операции уровень гемоглобина 94 г/л. В операционном препарате выявлен абсцесс 15 см в диаметре, содержащий 700 мл гноя.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

После операции пациентка помещена в отделение интенсивной терапии на 2 сут, экстубирована через 4 ч после завершения вмешательства по мере элиминации препаратов. Послеоперационный период без осложнений, антибактериальная терапия до 5 сут — ампициллин + сульбактам

1,5 г 3 раза в день. Анальгезия — хирокаин через эпидуральный катетер, удален на 5-е сутки. Пероральное питание со 2-х суток. Самостоятельный стул на 4-е сутки, на 5-е сутки извлечен абдоминальный дренаж. Все анастомозы состоятельны. Развилось локальное нагноение срединной раны (толщина подкожной клетчатки 15 см), успешно пролечено на перевязках. На 22-е сутки большая выписана домой с гранулирующей раной брюшной стенки.

Патогистологическое исследование: умеренно-дифференцированная аденокарцинома, инвазия в двенадцатиперстную кишку и жировую клетчатку. Левые придатки в опухоли не дифференцированы. Выраженное параканкрозное воспаление с абсцедированием. В 1 лимфоузле с нижнебрыжечной артерии — метастаз опухоли, всего исследовано 15 лимфоузлов. Стадия: pT4bN1aM1a IVa st. Пациентка направлена на химиотерапию.

В итоге при местнораспространенной опухоли ободочной кишки в экстренном порядке проведено обширное оперативное вмешательство с хорошим непосредственным исходом. Для профилактики несостоятельности тонко-толстокишечного анастомоза применен способ, улучшающий кровоток в шовной полосе анастомоза. Сохранено качество жизни пациентки и созданы условия для проведения системного лечения.

В отделениях экстренной хирургии дежурных стационаров при такой распространенности процесса выполняется, как правило, петлевая колостомия и опухоль не удаляют. Идентифицировать параканкрозный абсцесс в опухолевом конгломерате без его удаления не всегда возможно, вследствие чего сохраняется очаг интоксикации. Постоянное наличие симптомов воспалительной реакции приводит к невозможности проведения системного лечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Целесообразно рассмотреть возможность обучения хирургов экстренных отделений навыкам онкологических операций, что должно повысить качество оказания специализированной помощи этой группе пациентов.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Состояние онкологической помощи населению России в 2019 году / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: МНИОИ им.

П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2020. 239 с.

2. Торчинский Н.В., Каменская А.Ю. Эпидемиологические проявления заболеваемости раком ободочной кишки (раком толстой кишки) в Российской Федерации / под ред. В.И. Покровского // Инфекционные болезни в современном мире: эпидемиология, диагностика, лечение и профилактика: сб. трудов XII Ежегодного Всерос. интернет-конгресса по инфекционным болезням с междунар. участием. М., 2020. С. 226–227.
3. Тур Г.Е., Воробей А.В., Фурсевич А.М. Непосредственные результаты хирургического лечения рака слепой кишки в зависимости от способа анастомозирования // Актуальные проблемы колопроктологии: сб. тр. науч.-практ. конф., посвящ. 40-летию ГНЦ колопроктологии М., 2005. С. 306–307.
4. Воробьев Г.И., Жученко А.П., Филон А.Ф., Ачкасов С.И., Хачатурова Э.А. Результаты лечения неосложненного рака ободочной кишки // Хирургия. Журн. им. Н.И. Пирогова. 2010. № 7. С. 10–14.
5. Li M.Z., Li K.Y., Shen J., Xie D.H. Clavien-Dindo classification of complications after complete mesocolic excision in laparoscopic radical resection of right hemicolonic cancer and analysis on its influencing factors // Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi. 2020. Vol. 23 (1). P. 51–55. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-0274.2020.01.009.
6. Phillips B.R., Harris L.J., Maxwell P.J., Isenberg G.A., Goldstein S.D. Anastomotic leak rate after low anterior resection for rectal cancer after chemoradiation therapy // Am. Surg. 2010. Vol. 76 (8). P. 869–871. DOI: 10.1177/000313481007600833.
7. Ахметзянов Ф.Ш., Егоров В.И. Осложненный непроходимостью колоректальный рак: кишечная стома или первичный анастомоз? (обзор литературы) // Вопросы онкологии. 2017. Т. 63, № 1. С. 7–13. DOI: 10.37469/0507-3758-2017-63-1-7-13.
8. Шишкина Г.А., Топузов Э.Г., Петряшев А.В., Власов Д.А. Лечебная тактика при колоректальном раке, осложненном декомпенсированным нарушением кишечной проходимости и диастатическим разрывом толстой кишки // Онкологическая колопроктология. 2016. Т. 6, № 4. С. 31–37. DOI: 10.17650/2220-3478-2016-6-4-31-37.
9. Щаева С.Н., Ачкасов С.И. Оценка радикальности экстренных оперативных вмешательств у больных с осложненным колоректальным раком // Колопроктология. 2017. № 2 (60). С. 30–35. DOI: 10.33878/2073-7556-2017-0-2-30-35.

Поступила 28.04.2021

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Атаманов Константин Викторович — д-р мед. наук, доцент, заведующий кафедрой факультетской

хирургии ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Войцицкий Владимир Евгеньевич — профессор, д-р мед. наук, заведующий кафедрой онкологии ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Ткачук Ольга Анатольевна — канд. мед. наук, доцент кафедры онкологии ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Лебедева Валентина Алексеевна — канд. мед. наук, доцент кафедры онкологии ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Скуридина Ирина Владимировна — канд. мед. наук, доцент кафедры онкологии ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Вайнер Юрий Сергеевич — канд. мед. наук, доцент кафедры факультетской хирургии ФГБОУ ВО

«Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Федорова Екатерина Владимировна — клинический ординатор кафедры онкологии ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Атаманов Дмитрий Константинович — студент 6-го курса лечебного факультета ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Атаманова Эльвира Радиковна — студент 6-го курса лечебного факультета ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Образец цитирования: Атаманов К.В., Войцицкий В.Е., Ткачук О.А., Лебедева В.А., Скуридина И.В., Федорова Е.В., Вайнер Ю.С., Атаманов Д.К., Атаманова Э.Р. Онкологические операции в экстренной хирургии (клинический случай) // Сиб. мед. вестн. 2021. № 2. С. 29–33.