



**НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИКО-ХИРУРГИЧЕСКИЙ
ЦЕНТР
ИМ. Н.И. ПИРОГОВА**

*«Хирургическая тактика при
осложненных формах рака
толстой кишки»*

Ю.Л.Шевченко, Ю.М.Стойко, А.Л.Левчук, И.В.Степанюк



- **Больные с осложненными формами колоректального рака составляют 32,7% от общего числа онкологических больных за последние 10 лет.**
- **Частота послеоперационных осложнений у данной категории пациентов составляет 31,5%, а показатели ежегодной летальности достигают 16,3%.**



МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ



С 1995 года по 2007 год в ФГУ «НМХЦ им. Н.И.Пирогова» пролечено 226 больных по поводу осложненных форм рака ободочной кишки.

Мужчин - 120 (53,1%)

Женщин – 106 (46,9%)

Возраст от 30 до 89 лет.



139 (61,5%) пациентов были пожилого и старческого возраста, опухолевый процесс у которых был отягощен сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, органов дыхания и мочевыделительной системы, а также нарушениями обменных процессов.

85 (37,6%) пациентов были молодого и среднего возраста.



Наличие опухолевых маркеров (СА-19-9, РЭА) в крови в 77% случаев оказалось высоким, несмотря на отсутствие генерализации ракового процесса.

Причиной этому, по мнению отдельных авторов, являются не стадия опухоли ободочной кишки, а сопутствующие осложнения злокачественных заболеваний



ДИАГНОСТИКА

Комплекс клинико-инструментальных обследований:

- I. лабораторные методы диагностики
- II. рентгенологические методы диагностики
- III. ультразвуковые методы диагностики
- IV. эндоскопические методы диагностики
- V. морфологические методы диагностики с применением трансректальной и трансвагинальной ультрасонографии
- VI. компьютерная томография
- VII. магнитно резонансная томография.



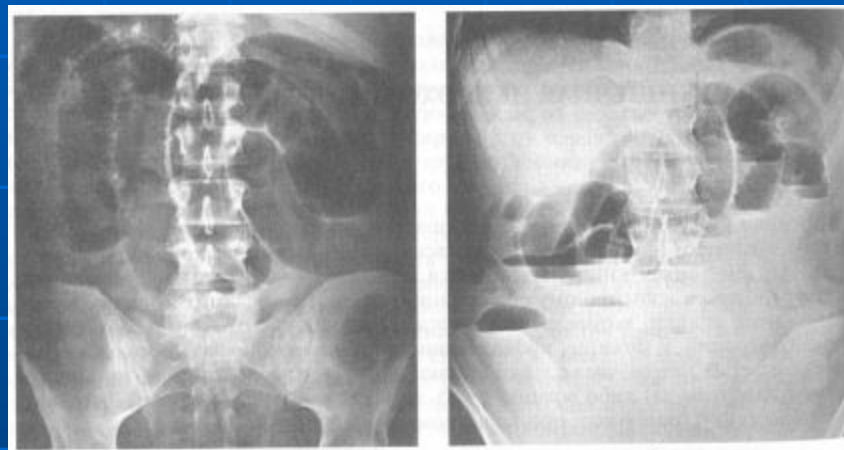
**Наиболее информативными в диагностике
кишечной непроходимости оказались
рентгенологические и эндоскопические
методы исследования.**





Патогномоничным рентгенологическим признаком явились наличие горизонтальных уровней жидкости и скопление газа в кишечнике в виде «чаш Клойбера».

Они наблюдались у 97% больных как в ободочной, так и в тонкой кишке.





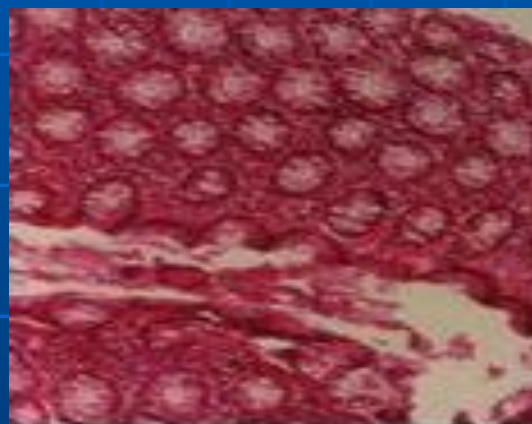
Проведение и интерпретация
ультразвуковой диагностики
при вздутии живота и
переполнении кишечника
были затруднительны, что
позволило лишь в **27%**
случаев подтвердить диагноз
непроходимости кишечника с
локализацией опухолевого
процесса.





Наиболее информативным методом явилась компьютерная томография с болюсным контрастированием, которая в **85%** случаев позволило диагностировать уровень обтурации толстой кишки, локализацию опухолевого процесса, его размеры, степень генерализации онкологического процесса в брюшной полости.





Во всех группах больных по данным гистологического исследования основное место занимали аденокарциномы различной степени дифференциации – 78,8%, гораздо реже встречались перстневидно-клеточные и недифференцированные формы рака (9,1% и 12,1% соответственно).



**В диагностике формирования
внутрибрюшного абсцесса вследствие
перфорации опухоли или
параканкротического воспаления у 19 (19,6%)
пациентов наиболее ценной явилась
магнитно-резонансная томография.**



Экстренное эндоскопическое исследование, выполненное **83 (85,6%)** больным, позволило установить факт наличия опухоли и ее локализацию лишь в **50%** случаев из-за невозможности адекватной подготовки кишечника к исследованию.



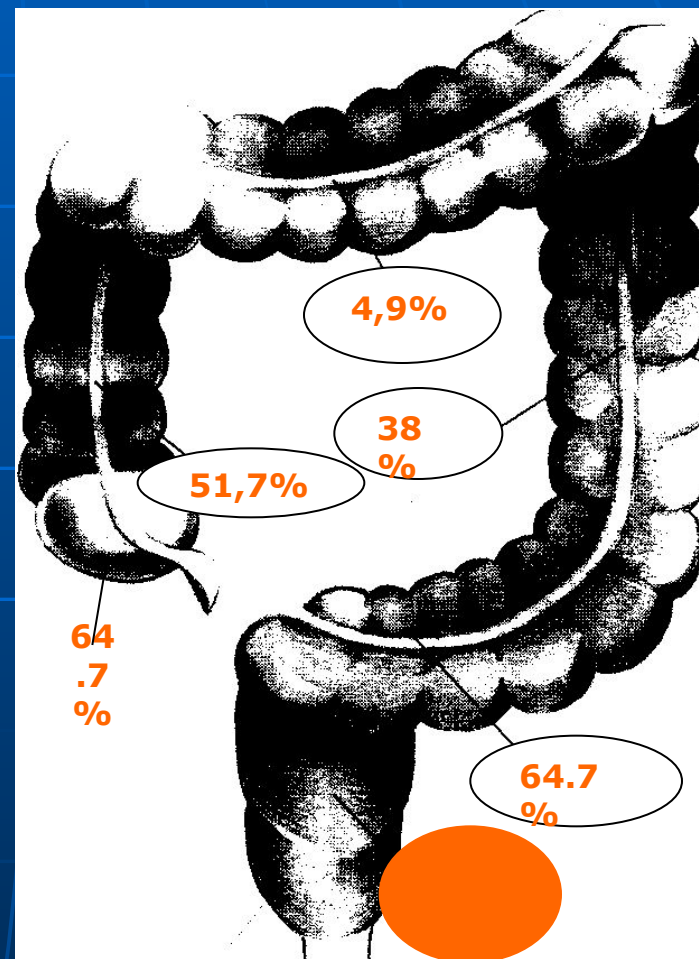


В зависимости от осложнений злокачественных опухолей толстой кишки было выделено четыре группы пациентов, в клинической картине которых преобладали СИМПТОМЫ:

- I. толстокишечной непроходимости - 97 (42,9%)**
- II. воспалительные параканкрозные осложнения с элементами абсцедирования – 51 (22,6%)**
- III. перфорация опухоли с развитием перитонита различной распространенности - 43 (19%)**
- IV. профузное кишечное кровотечение - 35 (15,5%)**



Большая часть выявленных осложнений отмечена у пациентов с раком сигмовидной и слепой кишок - **64,7%**. Осложненные опухоли в **38%** случаев (n=86) локализовались в правой половине ободочной кишки, в **57,1%** (n=129) - в левой, в поперечной ободочной кишке у **4,9%** (n=11) больных.





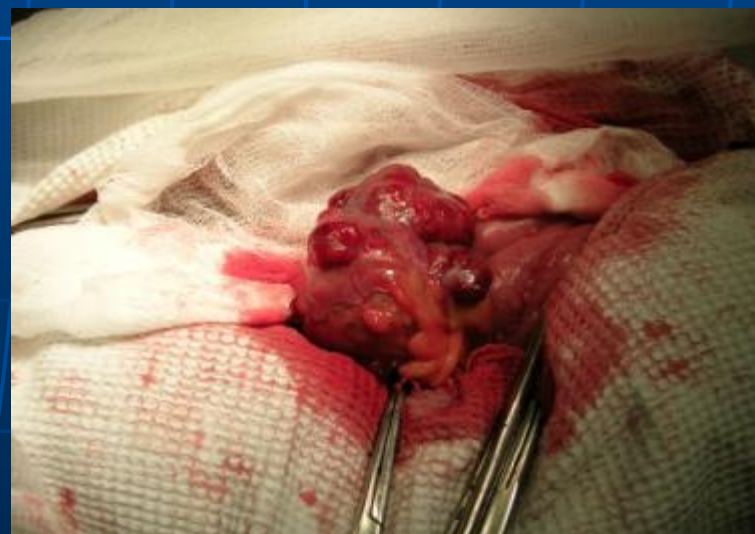
У большинства оперированных пациентов - **143 (63%)** выявлена **III** стадия, у **56 (25%)** – **IV** стадия рака ободочной кишки, у **27 (12%)** – **II** стадия. При распределении больных в зависимости от онкологической стадии заболевания и клинической картины возникшего осложнения использовали классификацию НИИ проктологии (2004).



В 44% наблюдений во время оперативного вмешательства было обнаружено метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов, отдаленные метастазы выявлены у **27%** обследованных с наиболее частой локализацией в печени (**61,4%**), легких (**12,6%**), а также в виде имплантационных метастазов в других отделах ободочной кишки и органах брюшной полости (**2,9%**), карцероматоз брюшины выявлен в **17,1%** наблюдений.



Преобладающее число пациентов с этим осложнением составили больные с опухолями сигмовидной (n=51 (52,6%) и слепой (n=29 (29,9%)) кишок. В 17,5% случаев (n=17) онкологический процесс локализовался в селезеночном изгибе и нисходящей ободочной кишке.





РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Острая обтурационная толстокишечная непроходимость (n=97 (42,9%)) являлась самой частой формой осложнений рака ободочной кишки. Причем в 72,4% это были больные старше 60 лет.



В 56% наблюдений отмечены проявления токсико-анемичного синдрома преимущественно у пациентов с локализацией опухоли в правых отделах ободочной кишки.

У **19 (19,6%)** больных обтурационная непроходимость сочеталась с опухолевым перифокальным воспалением, у **10 (10,3%)** – имели место перфорация опухоли в свободную брюшную полость и развитием разлитого перитонита, у **3 (3,1%)** – с пенетрацией опухоли в брыжейку тонкой кишки с развитием абсцесса.

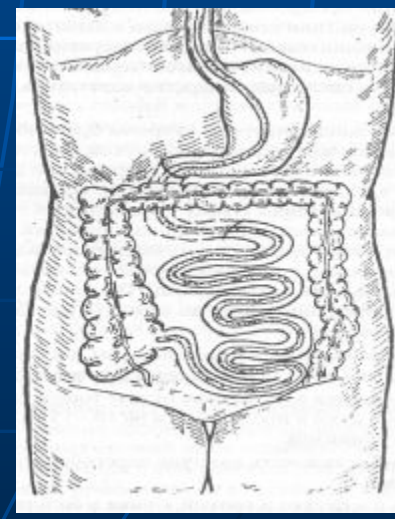
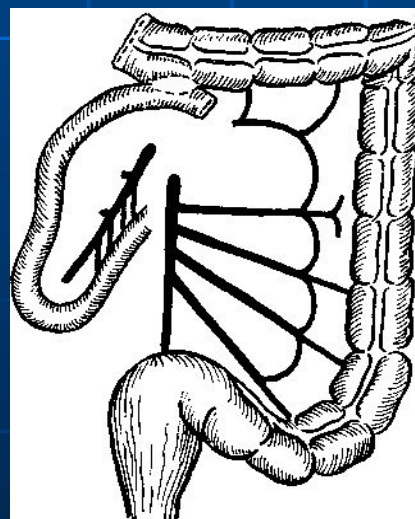
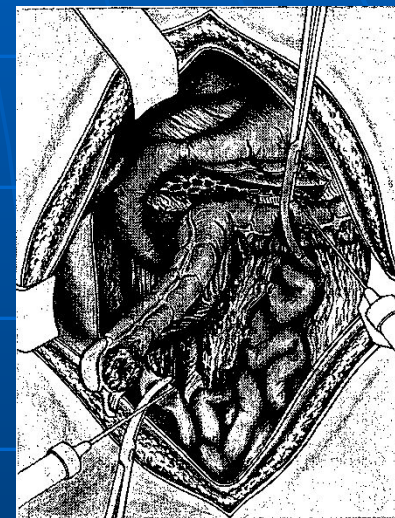


Предоперационная подготовка заключалась в проведении лечебных мероприятий, направленных на коррекцию водного и белково-электролитного баланса, кислотно-щелочного состояния, купирования интоксикации.

Объем оперативных вмешательств при обтурационной непроходимости ободочной кишки зависел от локализации опухоли, степени непроходимости и состояния толстой кишки, тяжести общего состояния и наличия сопутствующих заболеваний.

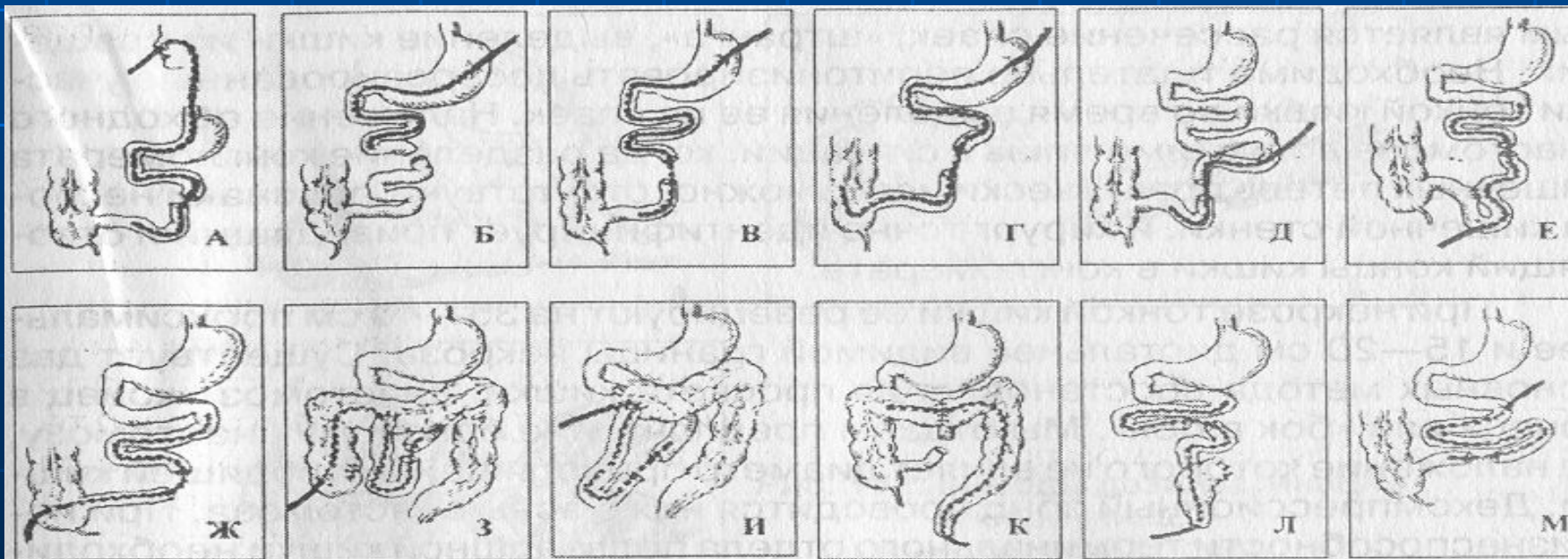


Из **97** оперированных пациентов с локализацией опухоли в правых отделах ободочной кишки в **23,7%** (n=23) случаев выполнили правостороннюю гемиколэктомию с наложением илеотрансверзанастомоза и интраоперационную декомпрессию тонкой кишки.





Шести (6,2%) пациентам с локализацией нерезектабельной опухоли в печеночном изгибе и восходящем отделе ободочной кишки были выполнены паллиативные симптоматические операции - наложение илеотрансверзанастомоза с обязательной назоинтестинальной декомпрессией зондом Миллера-Эббота.





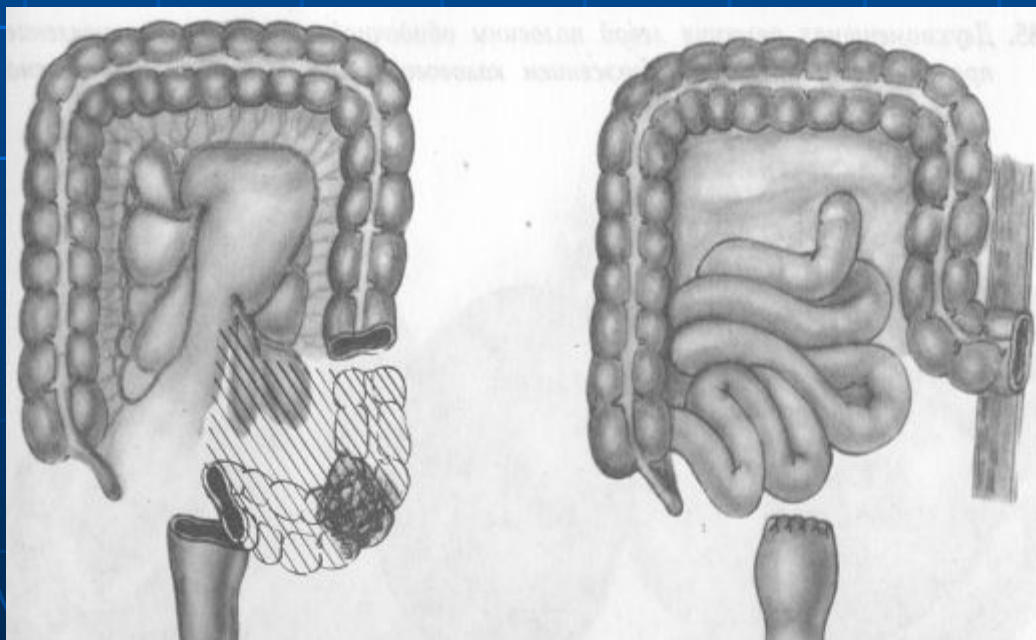
При IV стадии онкологического процесса с наличием отдаленных метастазов, но при технически возможной резектабельности опухоли считали правомочным выполнение паллиативной санационной правосторонней гемиколэктомии с первичным наложением анастомоза.



Результаты выполнения многоэтапных оперативных вмешательств (операция Цейдлера-Шлоффера, декомпрессионная цеко- или асцендостомы) с локализацией опухоли в правых отделах ободочной кишки у пожилых больных с повышенным операционным риском и декомпенсацией сопутствующих заболеваний (n=11) наиболее неблагоприятны вследствие прогрессирования интоксикации на фоне кишечной непроходимости и не удаленной опухоли.

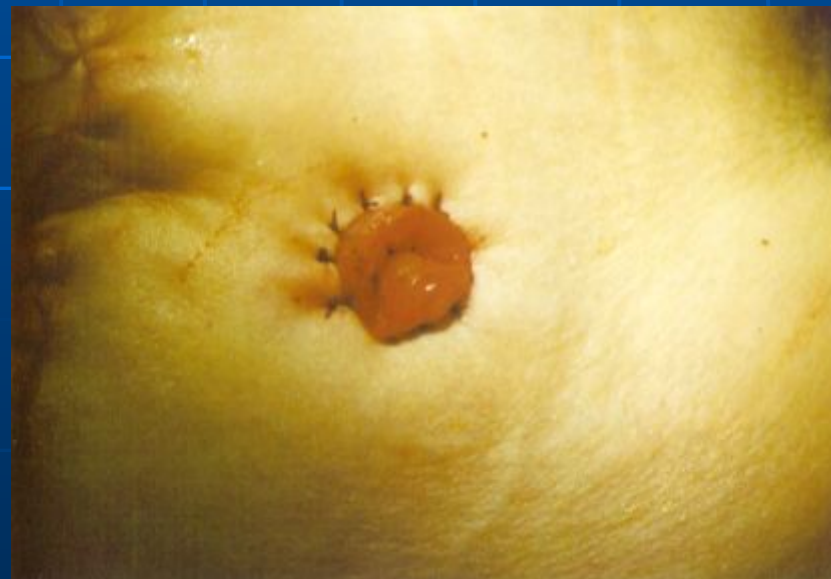


При раке левой половины и поперечно-ободочной кишок, осложненных кишечной непроходимостью у **61 (63%)** пациента выполнены резекции сегмента кишки со stenozующей опухолью с последующим ушиванием дистального отрезка кишки и выведением проксимального конца в виде одноствольной колостомы на переднюю брюшную стенку по типу операции Гартмана.





При неоперабельности опухоли **7 (7,2%)** пациентам были наложены разгрузочные трансверзо- и сигмостомы.





В послеоперационном периоде осложнения развились у 13 (13,4%) больных:

- острая сердечная недостаточность (n=4)**
- гнойно-септические осложнения (n=6)**
- тромбоэмболия легочной артерии (n=1)**
- пневмания (n=2)**

при этом несостоятельности швов илеотрансверзанастомоза не наблюдали.

Умерли после операции 4 (4,1%) пациента от прогрессирующей раковой интоксикации и декомпенсации сопутствующей патологии.

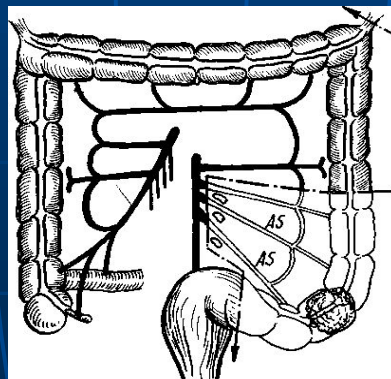
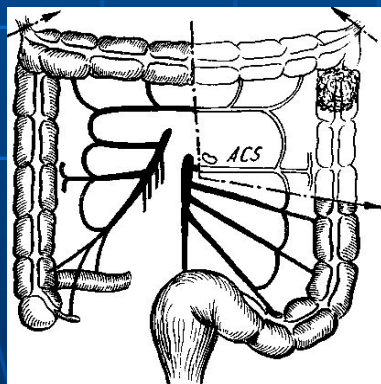


Параканкротные воспалительные процессы осложняют клиническое течение рака ободочной кишки.

По нашим данным воспалительные изменения в опухоли, выходящие за пределы кишечной стенки, составили 22,6% (n=51).



У большинства пациентов ($n=39$ (76,5%)) опухоль с перифокальным воспалением локализовалась в правой половине ободочной кишки, что клинически проявлялось токсико-анемичным синдромом. И только у 12 (23,5%) пациентов воспалительный процесс локализовался при опухолях селезеночного изгиба и сигмовидной кишки.



Клинические проявления в этой группе зависели от степени выраженности и характера воспалительной реакции тканей вокруг опухоли (стадии развития опухолевого процесса, локализации опухоли, реактивности организма больного).

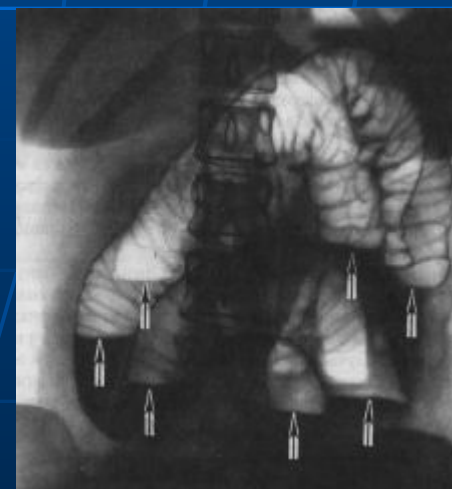


Сложность дифференцировки перифокального воспаления, обусловленного опухолью или доброкачественной воспалительной инфильтрацией стенки ободочной кишки (при дивертикулите, болезни Крона, неспецифическом язвенном колите) позволяло разрешить эндоскопическое исследование.





При ирригоскопии определялся суженный участок ободочной кишки, неровность рельефа слизистой, выход контрастного вещества за пределы кишечной стенки, что не позволяло дифференцировать опухолевое поражение от доброкачественного воспалительного процесса.



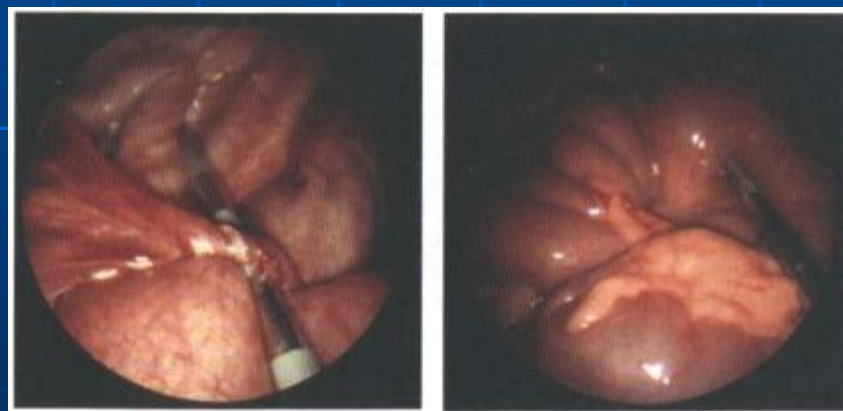


По данным УЗИ и КТ выявляли локализацию и размеры опухолевого инфильтрата, степень его распространенности на окружающие ткани и органы, наличие отдаленных метастатических очагов, воспалительного экссудата в брюшной полости, формирование параканкрозных абсцессов.





В сомнительных случаях при наличии положительных симптомов раздражения брюшины, а также в связи с дифференциальной диагностикой острой хирургической патологии органов брюшной полости, - у 19 (37,2%) пациентов была выполнена диагностическая лапароскопия, которая позволила определить характер воспалительного процесса и его распространенность.



В 33% случаях лапароскопия не позволила выявить опухоль ободочной кишки, расположенную забрюшинно.



У 37 больных (72,5%) этой группы при отсутствии симптомов перитонита и прогрессирования воспалительного процесса, предпринята выжидательная тактика, позволяющая выполнить операцию в плановом порядке после купирования воспалительного процесса путем проведения курса антибактериальной и детоксикационной терапии.





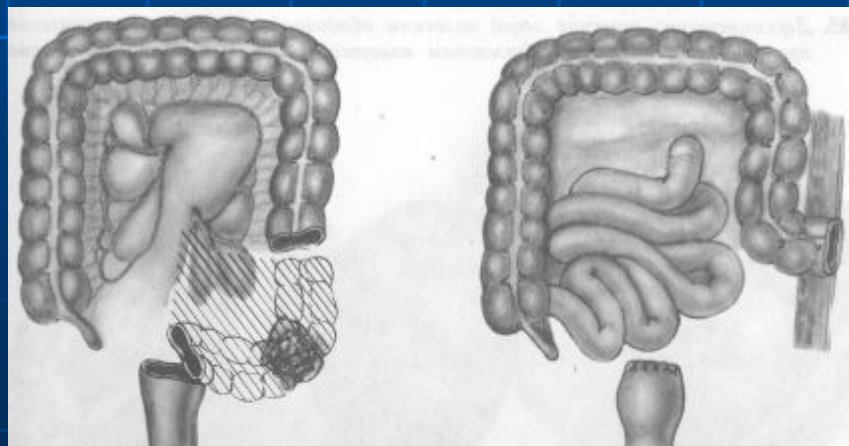
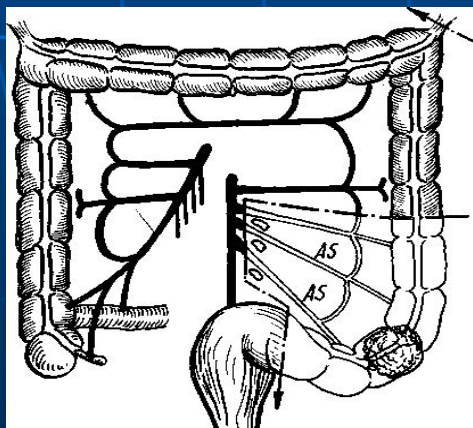
У 10 (19,6%) из 51 больных с клиникой прогрессирования перитонита и кишечной непроходимости пришлось выполнить экстренные оперативные вмешательства.

Четырем (7,8%) пациентам предварительно выполнены дренирование параканкральных абсцессов под УЗИ-наведением с последующим купированием воспалительного процесса и выполнением операции в плановом порядке.



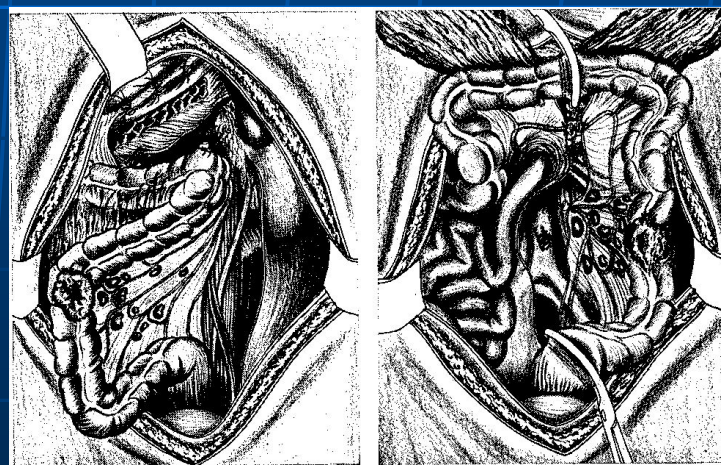
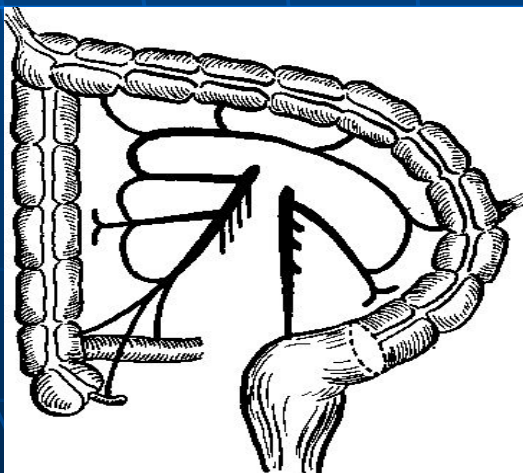
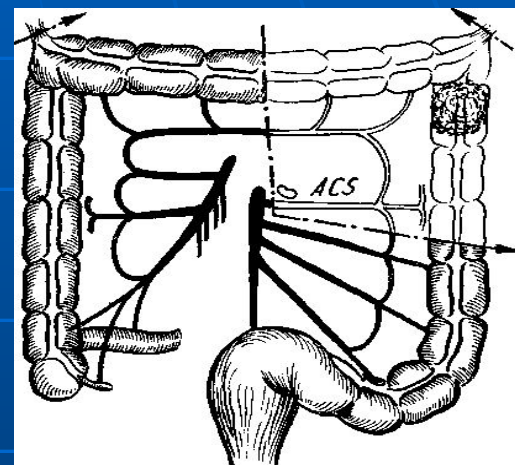


При левосторонней локализации (n=12 (23,5%)) выполняли операцию типа Гартмана, так как наличие даже умеренного перифокального воспаления тканей в зоне оперативного вмешательства не создают условия для безопасного наложения первичного толстокишечного анастомоза, тем более при наличии параканкрозных абсцессов.



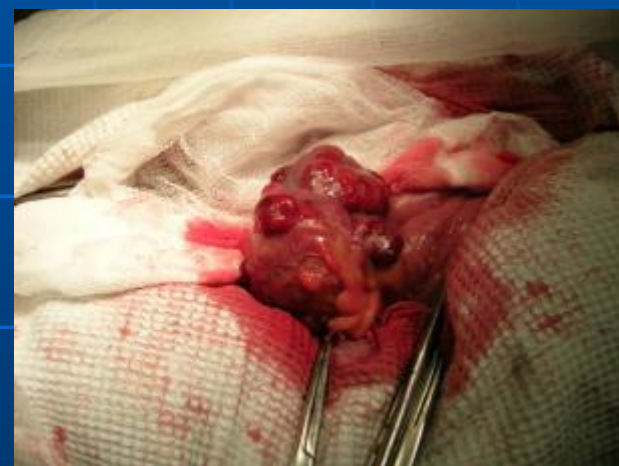


После купирования воспалительного процесса у **17 (33,3%)** больных в плановом порядке выполнены оперативные вмешательства в объеме левосторонней гемиколэктомии (n=7) с наложением первичного анастомоза.





Воспалительные изменения в опухоли и вокруг нее являются самой частой причиной диагностических и тактических ошибок, так как воспалительная перифокальная инфильтрация принимается за опухолевую и этих больных ошибочно считают неоперабельными.



Несмотря на значительную местную распространенность опухолевого процесса, метастазы в регионарных лимфотических узлах были обнаружены лишь у 32,6% пациентов, чаще увеличение регионарных лимфатических узлов носило воспалительный характер, что определяло возможность выполнения радикальной операции.



**Наибольшее количество (12,5%)
послеоперационных осложнений (нагноение
ран, послеоперационный парез кишечника,
пневмония) отмечено в группе пациентов,
оперированных в ургентном порядке.**

**Тяжелым осложнением при раке ободочной
кишки является перфорация кишечной
стенки.**



Перфорацию кишечной стенки в зоне опухоли и диастатическую перфорацию проксимальнее опухоли мы наблюдали у **43 (19%)** больных. Значительно чаще это осложнение развивалось при поражении левых отделов ободочной кишки (**n=39 (90,7%)**), с перфорацией опухоли вследствие ее распада (**n=31 (72,1%)**).

Перфорация вне зоны опухоли от пролежня каловым камнем или перерастяжения кишечной стенки при обтурационной непроходимости выявлена у **8 (18,6%)** больных.



Ведущим этиологическим фактором при диастатической перфорации кишки являются сосудистые расстройства и дистрофические изменения стенки кишки, тогда как основной причиной перфорации самой опухоли явились нарушения кровоснабжения с последующей ишемией и некрозом.

Чаще (77,8%) мы наблюдали перфорации при эндофитном росте опухоли. Во всех случаях перфорации обнаружены при III и IV стадии заболевания, преимущественно у пациентов пожилого и старческого возраста.



Клиническая картина при этом виде осложнения характеризуется развитием тяжелых форм перитонита.

Особенно тяжело протекает перитонит при диастатических разрывах стенки толстой кишки, обуславливая крайне неблагоприятный прогноз.

Ведущими симптомами данного осложнения являются сочетание болевого синдрома с признаками распространенного или ограниченного перитонита.

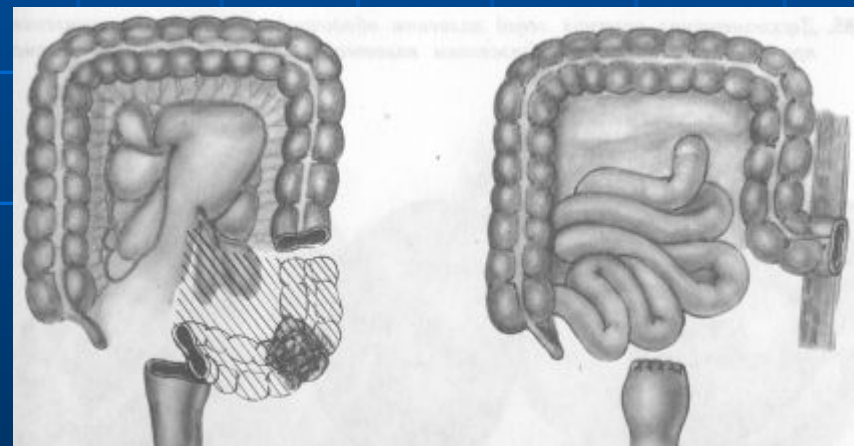


Среди специальных диагностических методов исследования, позволяющих установить правильный диагноз перфорации опухоли, выполнялась обзорная рентгенография и КТ органов брюшной полости, которые позволили выявить наличие свободного газа в брюшной полости в **63% случаев, а диагностическая лапароскопия в сомнительных случаях с высокой степенью достоверности подтверждала наличие перитонита и определяла степень его распространенности.**



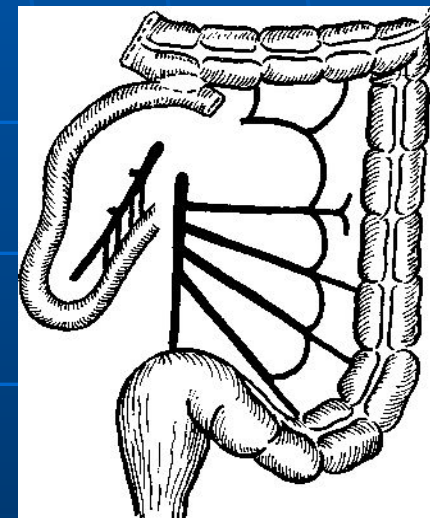
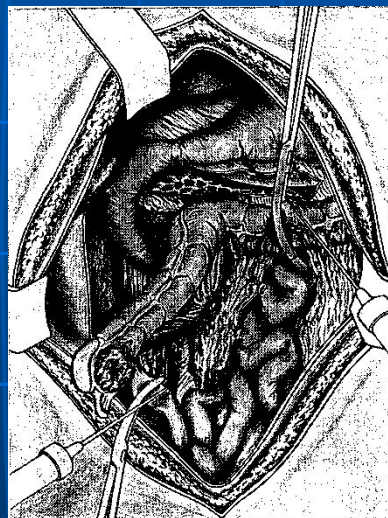
Все пациенты этой группы были оперированы в экстренном порядке.

При перфорации самой опухоли, располагающейся в левой половине ободочной кишки, 37 пациентам (86%) выполнили обструктивные резекции типа операции Гартмана.





«Прикрытые» перфорации опухоли и ограниченный характер перитонита при правосторонней локализации позволили у двух (4,7%) пациентов выполнить правостороннюю гемиколэктомию.



Троим (7%) больным с распространенным раковым процессом (IV стадия) произведены паллиативные симптоматические операции (наложение трансверзостомы с выведением участка диастатической перфорации стенки кишки).

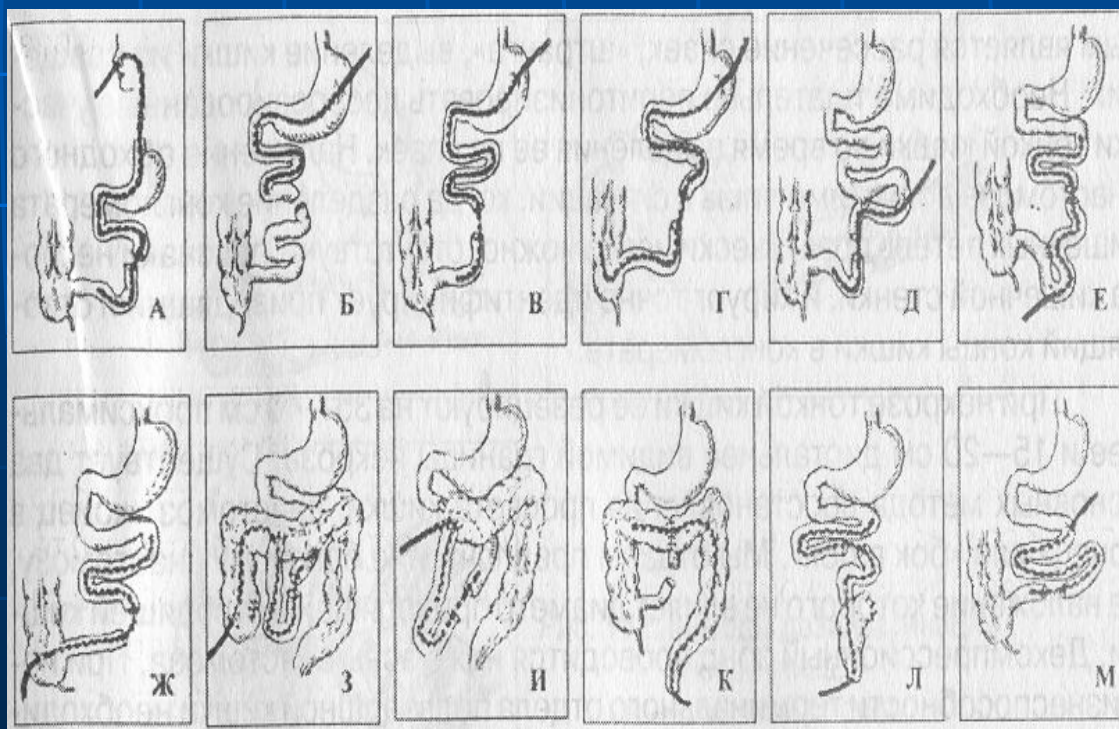
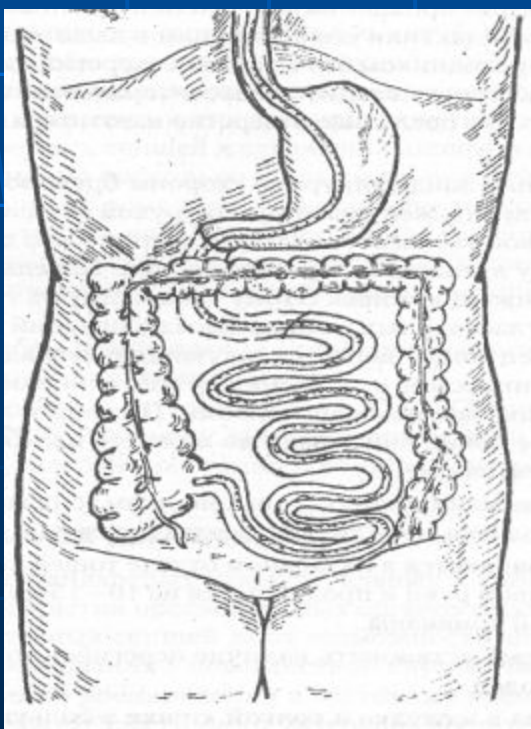


**При запущенном
распространенном каловом
перитоните вследствие
перфорации опухоли слепой
кишки и печёночного изгиба
двум (4,7%) больным выполнена
санационная правосторонняя
гемокολэктомия с выведением
обоих резецированных концов
кишки на переднюю брюшную
стенку в виде трансверзо- и
илеостомы.**





Всем оперированным больным в обязательном порядке выполнялась назоинтестинальная интубация тонкой кишки зондом Миллера-Эббота.





В случаях запущенного распространенного калового перитонита у 14 (32,6%) пациентов операция завершена временным закрытием лапаротомной раны на «вентрофилах» с последующим осуществлением программных saniрующих релапаротомий.

Наложение первичных межкишечных анастомозов у этой категории больных считаем ошибочным и недопустимым.



Все больные с этим грозным осложнением требовали длительного интенсивного дезинтаксационного и массивного антибактериального лечения в условиях реанимации с подключением методов экстракорпоральной детоксикации.

Исходы лечения в этой группе пациентов характеризовались наибольшим количеством осложнений (n=21 (48,8%)) и летальных исходов (n=8 (18,6%)).



Кишечные кровотечения являются нередким осложнением рака ободочной кишки.

Мы наблюдали 35 (15,5%) больных с профузными (n=13 (37,1%)) и рецидивирующими (n=22 (62,9%)) кровотечениями из опухолей толстой кишки.

Локализация опухолей, явившихся источником профузного кровотечения, по нашим данным была преимущественно в левой половине ободочной кишки (92%), тогда как для рецидивирующих кровотечений более характерна правосторонняя локализация опухоли (87%).



В диагностический алгоритм этой группы пациентов нами включены: эндоскопия, ультразвуковая диагностика и компьютерная томография органов брюшной полости, которые в 72% случаев помогли поставить правильный диагноз.

Проведение экстренной диагностической фиброколоноскопии у 14 (40%) больных было затруднительным вследствие невозможности адекватной подготовки кишечника к исследованию из-за наличия сгустков крови и поступления её из проксимальных отделов кишки, затрудняющих визуализацию и идентификацию источника кровотечения.



Временный эндоскопический гемостаз был выполнен у **21 (60%)** пациента препаратом «капрофер». Гемостатическая терапия оказалась эффективной у большинства этих больных (**n=29 (82,9%)**), что позволило подготовить их к плановым радикальным одномоментным операциям (правосторонняя гемиколэктомия (**n=20 (57,1%)**), левосторонняя гемиколэктомия (**n=5 (14,3%)**), резекция сигмовидной кишки (**n=4 (11,4%)**).



В связи отсутствием эффекта от гемостатической терапии и невозможностью выполнения эндоскопического гемостаза 6 пациентов с профузным кишечным кровотечением опухолевого генеза были оперированы по жизненным показаниям в ургетном порядке (правосторонняя гемиколэктомия выполнена 2 пациентам, резекция сигмовидной кишки – 4).

Крайне тяжелое состояние двух пациентов старческого возраста с анемией тяжелой степени позволило выполнить только паллиативные резекции сигмовидной кишки с кровоточащей опухолью по типу операции Гартмана.



Эта группа пациентов с геморрагическими осложнениями опухолей ободочной кишки характеризовалась наименьшим количеством послеоперационных осложнений (n=2 (5,7%)) и отсутствием летальных исходов.


Группа пациентов с геморрагическими осложнениями опухолей ободочной кишки характеризовалась наименьшим количеством послеоперационных осложнений (n=2 (5,7%)) и отсутствием летальных исходов.



Таким образом, применение современных методов обследования, включающих УЗИ, КТ, МРТ, эндоскопию и эндовидеохирургию, позволяет у большинства больных (91,4%) в ранней стадии заболевания диагностировать не только локализацию и распространенность опухолевого процесса, но и связанные с ним осложнения.



Непосредственные результаты хирургического лечения больных с осложненным течением рака ободочной кишки находится в прямой зависимости от своевременной диагностики основного заболевания и его осложнения, обоснованной хирургической тактики, выбора способа и техники выполнения оперативного вмешательства, а также от полноценной профилактики и терапии послеоперационных осложнений.



*Спасибо
за внимание.*