

МНОГОЭТАПНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО РАКОМ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННЫМ СУПРАСТЕНОТИЧЕСКИМИ РАЗРЫВАМИ СТЕНКИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ВДАЛИ ОТ ОПУХОЛИ

Завражнов А.А.¹, Соловьёв И.А.^{1,2},
Павелец К.В.^{1,2}, Бахар С.М.¹,
Глебова А.В.*^{1,2}, Табунова М.Н.²¹ ГБУЗ «Городская Мариинская больница»,
Санкт-Петербург² ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский
государственный педиатрический
медицинский университет»,
Санкт-Петербург

DOI: 10.25881/20728255_2022_17_3_148

Резюме. Представлено клиническое наблюдение успешного хирургического лечения пациента, страдающего раком сигмовидной кишки рТ3N1bM1a (oment), осложненного острой обтурационной кишечной непроходимостью, супрастенотическими разрывами стенки восходящей и поперечной ободочной кишки (то есть на значительном расстоянии проксимальнее опухоли), распространенным каловым перитонитом.

Ключевые слова: рак сигмовидной кишки, супрастенотические разрывы ободочной кишки, острая кишечная непроходимость, перитонит, экзофитная опухоль, одноствольная колостома, релапаротомия.

Колоректальный рак во всем мире занимает 3–4-е место среди впервые выявленных случаев онкологии [1–3]. Выживаемость за последнее десятилетие улучшается, однако имеет прямую зависимость от стадии выявленного онкологического процесса, а также от наличия осложнений и сопутствующей патологии [4–6]. Наиболее грозным осложнением является каловый перитонит на фоне перфорации опухоли или диастатических разрывов ободочной кишки [6–9]. Отсутствие однозначных рекомендаций при диастатической перфорации ободочной кишки вдали от опухоли оставляет вопрос выбора хирургического вмешательства при данном осложнении открытым к обсуждению [2; 4; 5; 9].

Больной М., 54 лет поступил 25.02.2022 в 20:36 в СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница» в экстренном порядке с жалобами на тошноту, рвоту, боли во всех отделах живота, вздутие, отсутствие стула и газов в течение 7 дней, общую слабость. После обследования и короткой предоперационной подготовки был экстренно оперирован с предопера-

A CASE OF SUCCESSFUL MULTI-STAGE SURGICAL TREATMENT OF SIGMOID COLON CANCER COMPLICATED BY SUPRASTENOTIC RUPTURES OF THE COLON WALL AWAY FROM THE TUMOR

Zavrazhnov A.A.¹, Solovyov I.A.^{1,2}, Pavelec K.V.^{1,2}, Bahar S.M.¹, Glebova A.V.*^{1,2}, Tabunova M.N.²¹ Mariinsky Hospital, St. Petersburg² St. Petersburg State Pediatric Medical University, St. Petersburg

Abstract. There is a clinical case of successful surgical treatment of a patient suffering from sigmoid colon cancer pT3N1bM1a (oment), complicated by acute obstructive intestinal obstruction, suprastenotic ruptures of the wall of the ascending and transverse colon (at a considerable distance proximal to the tumor), and widespread fecal peritonitis is presented.

Keywords: cancer of the sigmoid colon, suprastenotic ruptures of the colon, acute intestinal obstruction, peritonitis, exophytic tumor, single-barrel colostomy, relaparotomy.

ционным диагнозом: острая кишечная непроходимость. Выполнена срединная лапаротомия. В брюшной полости во всех отделах — до 500 мл зловонного выпота с колибациллярным запахом. При ревизии: в дистальной части сигмовидной кишки циркулярная экзофитная опухоль размерами 7×6×4 см. Приводящие отделы толстой кишки были резко растянуты. Имелись супрастенотические разрывы стенки поперечной ободочной и восходящей ободочной кишки с точечными дефектами слизистой примерными размерами 5×5 мм с подтеканием калового содержимого. Также определялись протяженные продольные дефекты серозной оболочки ободочной кишки до 2 см. В большом сальнике — белесоватые очаги, подозрительные на метастазы, выполнена оментэктомия. Печень без очаговых образований. Тонкая кишка нормального диаметра. Индекс брюшной полости по Савельеву — 14 баллов. Учитывая тяжесть состояния пациента, нестабильную гемодинамику, распространенный перитонит, выполнение колэктомии связано с высоким риском, принято решение об

обструктивной резекции сигмовидной кишки и ушивании дефектов стенки ободочной кишки. Выполнена резекция сигмовидной кишки, отступив от опухоли проксимально 30 см, дистально — 10 см. Дефекты стенки и десерозированные участки ободочной кишки были ушиты. Сформирована одноствольная колостома в левой подвздошной области. Брюшная полость промыта антисептическим раствором, осушена. Заведены ПХВ дренажи в подпеченочное пространство, малый таз, левый боковой канал, в левое поддиафрагмальное пространство. Выполнено ушивание кожи для проведения запланированной релапаротомии с целью оценки состоятельности швов ободочной кишки и повторной санации брюшной полости через 48 часов после первичного оперативного вмешательства. В послеоперационном периоде отмечена стабильная гемодинамика, вялая перистальтика, признаков пареза не было. На вторые сутки пациент взят на программную релапаротомию. При ревизии брюшной полости: мутный желтоватый выпот до 500 мл, брюшная полость гладкая, матовая с пете-

* e-mail: glebova.anna@mail.ru

хиальными высыпаниями, тонкая кишка обычного цвета, перистальтирует. Швы на ушитых дефектах серозной оболочки на поперечной ободочной и восходящей ободочной кишке состоятельны. Колостома в левой подвздошной области состоятельна. Индекс брюшной полости — 11 баллов. Брюшная полость промыта антисептическим раствором, осушена. Повторно ушита кожа для оценки состоятельности швов. За время наблюдения: состояние без отрицательной динамики. В запланированный срок пациент взят на третий этап хирургического лечения. Выполнена релапаротомия, санация брюшной полости. Индекс брюшной полости — 4 балла. При ревизии: в брюшной полости выпота нет. Детальная ревизия брюшной полости возможна была исключительно ценой значительного травматизма в процессе разделения сращений. Учитывая выраженную позитивную динамику в состоянии пациента, отсутствие клинических проявлений интоксикации и пареза кишечника, передняя брюшная стенка ушита наглухо. На 8-е сутки после первой операции пациент переведен в общехирургическое отделение, где продолжено консервативное лечение. Послеоперационный период протекал гладко, без особенностей. Дренажи удалены на 12-е сутки. Рана зажила первичным натяжением, без признаков воспаления. Большой выписан на 18-е сутки в удовлетворительном состоянии под наблюдением хирурга, онколога по месту жительства. По данным гистологического заключения: инвазивная умереннодифференцированная аденокарцинома толстой (сигмовидной) кишки, протяженностью 2,5 см, кишечный тип, II гистологической степени злокачественности G2, с изъязвлением, перивазальным распространением, опухолевыми эмболами в сосудах, диффузной инвазией всех слоев стенки кишки, инвазией в окружающую жировую клетчатку. В проксимальном, дистальном и брыжеечном краях резекции — опухолевого роста не обнаружено. В 2-х из десяти обнаруженных лимфатических узлах брыжейки толстой кишки — метастатическое поражение. В присланном фрагменте сальника — метастаз опухоли. Пациенту проводится лечебная химиотерапия в режиме 5-FU/LV.

При диастатическом разрыве ободочной кишки на значительном расстоянии от опухоли авторы предлагают различные варианты операций, такие как выведение перфорации на переднюю брюшную стенку, субтотальную колэк-

томию с формированием илеостомы или с созданием илеосигмо- или илеоректоанастомоза [4–6]. В некоторых случаях возможно сочетание obstructивной резекции левых отделов (операция типа Гартмана или левосторонняя гемиколэктомия) с ушиванием перфоративных отверстий при локализации их в правой половине ободочной кишки или их экстраперитонизация с наложением цекостомы [6]. На наш взгляд выполнение субтотальной колэктомии достаточно травматичная операция с высоким риском развития синдрома короткой кишки. Также выполнение ушивания диастатических разрывов на фоне распространенного перитонита может привести к возникновению несостоятельности швов. Поэтому выполнен оптимальный вариант операции: obstructивная резекция сигмовидной кишки с формированием одностольной колостомы, ушивание диастатических разрывов ободочной кишки на значительном расстоянии от опухоли. Так как это все было выполнено на фоне распространенного перитонита, потребовались повторные запрограммированные санации брюшной полости, в том числе для оценки состоятельности швов на кишке.

Следует помнить, что по мнению большинства авторов хирургическая тактика при раке толстой кишки, осложнённом множественными разрывами ободочной кишки, в каждом конкретном наблюдении носит индивидуальный характер и зависит от общего состояния пациента, тяжести перитонита, локализации и стадии опухоли, расположения возможного перфорационного отверстия в кишке.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов (The authors declare no conflict of interest).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Tzivanakis A, Moran BJ. Perforated colorectal cancer. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*. 2020; 33(5): 247-252. doi: 10.1055/s-0040-1713741.
2. Алиев С.А., Алиев Э.С., Зейналов Б.М. Дискуссионные вопросы хирургической тактики при obturационной опухолевой непроходимости левой половины ободочной кишки // *Вестник хирургии*. — 2013. — Т.172. — №6. — С.100-103. [Aliiev SA, Aliev ES, Zeinalov BM. Diskussionnye voprosy khirurgicheskoi taktiki pri obturatsionnoi opukholevoi neprokhodimosti levoi poloviny obodochnoi kishki. *Vestnik khirurgii*. 2013; 172(6): 100-103. (In Russ).]
3. Манов Е.Н., Манова О.Е. Совершенствование хирургической тактики при осложненном колоректальном раке // *Экология человека*. — 2003. — №5. — С.36-40. [Manov EN, Manova OE. Improvement of surgical tactics by complicated colorectal cancer. *Human ecology*. 2003; 5: 36-40. (In Russ).]
4. Абдулаев М.А., Топузов Э.Э., Топузов Р.Э. и др. Хирургическая тактика при раке ободочной кишки, осложненной диастатическим разрывом кишки // *Вестник СПбГУ*. — 2014. — Сер.11. — №4. — С.114-121. [Abdullayev MA, Topuzov EG, Topuzov RE, et al. Surgical approach for colon cancer, complicated by diastatic rupture. *Vestnik of Saint Petersburg University*. 2014; 11(4): 114-121. (In Russ).]
5. 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. [Shishkina GA, Topuzov EG, Petryashev AV, Vlasov DA. Treatment strategy for colorectal cancer complicated with decompensated intestinal obstruction and diastatic perforation of the colon. *Pelvic Surgery and Oncology*. 2016; 6(4): 31-37. (In Russ).] doi: 10.17650/2220-3478-2016-6-4-31-37.
6. Перегудов С.И., Синенченко Г.И., Курыгин А.А., Пирогов А.В. Опыт хирургического лечения диастатических разрывов ободочной кишки // *Вестник хирургии*. — 2008. — Т.167. — №3. — С.49-53. [Peregudov SI, Sinenchenko GI, Kurygin AA, Pirogov AV. Opyt khirurgicheskogo lecheniya diastaticheskikh razryvov obodochnoi kishki. *Vestnik khirurgii*. 2008; 167(3): 49-53. (In Russ).]
7. Руководство по колопроктологии. / Под ред. Ривкина В.Л., Бронштейна А.С., Файна С.Н., Ана В.К. — М.: Медпрактика-М, 2004. [Rivkin BL, Bronshtein AS, Fain SN, Ana VK, editors. *Rukovodstvo po koloproktologii*. Moscow: Medpraktika-M, 2004. (In Russ).]
8. Макарова Н.П., Троицкий Б.С., Пескова Н.Г. Роль состояния престенотических отделов ободочной кишки в выборе хирургической тактики у больных с опухолевой кишечной непроходимостью // *Российский онкологический журнал*. — 2000. — №2. — С.45-48. [Makarova NP, Troitskii BS, Peskova NG. Rol' sostoyaniya prestenoticheskikh otdelov obodochnoi kishki v vybere khirurgicheskoi taktiki u bol'nykh s opukholevoi kishhechnoi neprokhodimost'yu. *Russian journal of oncology*. 2000; 2: 45-48. (In Russ).]
9. Калинин Е.В. Хирургическое лечение больных с осложненным колоректальным раком // *Онкология. Журнал им. П.А. Герцена*. — 2016. — Т.5. — №4. — С.30-34. [Kalinin EV. Surgical treatment in patients with colorectal cancer. *P.A. Herzen Journal of Oncology*. 2016; 5(4): 30-34. (In Russ).] doi: 10.17116/onkolog20165430-34.