

Drobkov A. L., Shapovalov V. Yr., Gerasiminko O. S., Davidov D. M. Хирургическая тактика при острой опухолевой толстокишечной непроходимости = Surgical tactics in acute colonic obstruction of tumor genesis. Journal of Education, Health and Sport. 2015;5(11):78-84. ISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.33366>
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/2015%3B5%2811%29%3A78-84>
<https://pbn.nauka.gov.pl/works/666654>
Formerly Journal of Health Sciences. ISSN 1429-9623 / 2300-665X. Archives 2011–2014
<http://journal.rsw.edu.pl/index.php/JHS/issue/archive>

Deklaracja.

Specyfika i zawartość merytoryczna czasopisma nie ulega zmianie.

Zgodnie z informacją MNiSW z dnia 2 czerwca 2014 r., że w roku 2014 nie będzie przeprowadzana ocena czasopism naukowych; czasopismo o zmienionym tytule otrzymuje tyle samo punktów co na wykazie czasopism naukowych z dnia 31 grudnia 2014 r.

The journal has had 5 points in Ministry of Science and Higher Education of Poland parametric evaluation. Part B item 1089. (31.12.2014).

© The Author (s) 2015;

This article is published with open access at License Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland and Radom University in Radom, Poland

Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

Received: 05.09.2015. Revised 05.10.2015. Accepted: 30.10.2015.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОЙ ОПУХОЛЕВОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ SURGICAL TACTICS IN ACUTE COLONIC OBSTRUCTION OF TUMOR GENESIS

A. Л. Дробков, В. Ю. Шаповалов, О. С. Герасименко, Д. М. Давыдов
A. L. Drobkov, V. Yr. Shapovalov, O. S. Gerasiminko, D. M. Davidov

Одесский национальный медицинский университет

Кафедра общей хирургии и военной медицины

Odessa National Medical University

The department of general surgery and military medicine

Summary

The article deals with the problem of surgical treatment of complicated forms of colon cancer, discussed the results of staged treatment of tumors of the colon against the background of acute intestinal obstruction. A retrospective analysis of 87 patients with tumors of the right and left half of the colon. The highest percentage of poor outcomes obtained from patients with colon cancer in stage IV. Postoperative mortality was 7-9%, 30-35% of complications.

Key words: Surgery, Surgical treatment, colonic obstruction, tumor.

Резюме

В статье рассмотрены проблема тактики хирургического лечения осложненных форм рака ободочной кишки, обсуждены результаты этапного лечения опухолей

толстой кишки на фоне острой кишечной непроходимости. Проведен ретроспективный анализ 87 больных с опухолями правой и левой половины толстой кишки. Наибольший процент неблагоприятных исходов получен у больных с раком ободочной кишки в IV стадии. Послеоперационная летальность составила 7-9%, осложнения 30-35%.

Ключевые слова: хирургия, хирургическое лечение, кишечная непроходимость, опухоль.

Резюме

ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ПРИ ГОСТРІЙ ПУХЛИННОЇ ТОВСТОКИШКОВІЙ НЕПРОХІДНОСТІ. У статті розглянуто проблема тактики хірургічного лікування ускладнених форм раку ободової кишки, обговорені результати етапного лікування пухлин товстої кишки на тлі гострої кишкової непрохідності. Проведено ретроспективний аналіз 87 хворих з пухлинами правої і лівої половини товстої кишки. Найбільший відсоток несприятливих результатів отриманий у хворих з раком ободової кишки в IV стадії. Післяопераційна летальність складала 7-9%, ускладнення 30-35%.

Ключові слова: хірургія, хірургічне лікування, кишкова непрохідність, пухлина.

Радикальная хирургическая операция является основным и единственным методом лечения опухолей толстой и прямой кишки. Однако, при острой кишечной непроходимости (ОКН), и обусловленной ею декомпенсации органов и систем, стремление к хирургическому радикализму резко повышает риск осложнений и летальности. Под данным различных авторов, послеоперационная летальность при ОКН, вызванной опухолью может достигать 35-40%. (Кныш. В.И, 1997, Бондарь Г.В 2005, Думанский Ю.В., 2008 г)

Нами проанализированы результаты хирургического лечения 87 больных с острой кишечной непроходимостью, обусловленные опухолью толстой кишки. за последние пять лет 2010-2015 гг. Женщин было 37, мужчин 50. Возраст колебался от 40 до 80 лет. 37 больных (42%) больных находились в IV стадии.

Таблица 1

Локализация	К-во	Операции				Осложн	Умерло
		ПГЭ	цекосто мия	ИТ А	илеостом а		
Правая половина	32					40%	3 (9,0%)
		16	8	8	1		
Левая половина	55	Обструктивные резекции		Anus preaternalis		45%	4 (7,2%)
		30		25			

Клиническая картина правой половины толстой кишки как правило развивается достаточно бурно, клинические и инструментальный методы диагностики позволяют правильно установить диагноз. Все больные были оперированы в ургентном порядке, через 3-4 часа после поступления и предоперационной подготовки.

Таблица 2

Вид операции в зависимости от локализации опухоли в правой половине толстой кишки

Локализация	Количество	Операции			Осложн	Умерло
		ПГЭ	цекос томия	ИТА		
Правая половина	32				30%	3(9%)
Слепая кишка	12	8		4		1
Восходящий отдел	6	2	1	1		
Печеночный изгиб	9	4	2	3		1
Поперечно- ободочная	5	2	2	1		1
всего		16	5	9		3

Обсуждение результатов: Если в плановом порядке всем больным следовало бы выполнить правостороннюю гемиколэктомию (ПГЭ) с формированием илеотрансверзоанастомоза (ИТА), то в случае возникновения острой кишечной непроходимости (ОКН) при раке правой половины толстой кишки риск несостоятельности ИТА достаточно велик. В этой связи, при выраженной декомпенсированной ОКН предпочтение отдается разгрузочной цекостомии. В частности такая возможность существует при опухолях восходящей, поперечно-ободочной кишки – формирование цекостомии с последующим радикальным хирургическим вмешательством через одну две недели.

При раке слепой кишки такой возможности нет. Хирург вынужден либо формировать обходной ИТА, или накладывать разгрузочную илеостому, либо выполнять рискованную ПГЭ. Если опухоль слепой кишки не резектабельна или есть признаки генерализации (канцероматоз, МТ в печени, МТ в забрюшинные л/у) предпочтение отдается только минимально рискованным паллиативным вмешательствам.

Из 12 больных с опухолью слепой кишки в 8 ургентном порядке выполнена правосторонняя гемиколэктомия. В четырех случаях заболевание сопровождалось микроперфорацией опухоли, местным перитонитом, но признаки декомпенсации, вызванные кишечной непроходимостью были не выражены. Один больной, с большой опухолью и обширными регионарными метастазами умер от несостоятельности ИТА и перитонита. Второй больной 70 лет, умер от острой сердечной недостаточности на 3 сутки после операции. У больного с единичными МТ в печени и нерезектабельной опухолью наложен обходной ИТА, однако на 7 сутки диагностирована несостоятельность, перитонит – после релапаротомии больной умер от прогрессирования перитонита и сепсиса. У остальных операция закончилась разгрузочной цекостомой. Все они были оперированы через 10-14 дней, после стабилизации состояния.

Следует сказать, что всем больным в обязательном порядке выполнялась декомпрессия тонкой кишки двухпросветным зондом, которая существенно снижает интоксикационный синдром, но не уменьшает риск несостоятельности ИТА. Наиболее велик риск осложнений у больных с явной или скрытой генерализацией заболевания.

Формирование ИТА в условиях декомпенсированной кишечной непроходимости опасно из-за угрозы риска несостоятельности. Выполнение ПГЭ при ОКН показано только при наличии перфорации опухоли. Операцию можно закончить формированием илеостомы, а ИТА отложить на более безопасный период.

При опухолях левой половины толстой кишки клиническая картина нарастала постепенно. Как правило, больные поступали через 7-10 дней от начала заболевания. Решение вопроса о необходимости экстренной операции принималось в течении 24 часов. Оперировано 55 больных.

Таблица 3

Вид операции в зависимости от локализации опухоли в левой половине толстой кишки

Локализация	К-во	Операции		Осложн	Умерло
Левая половина	55	Обструктивные резекции	Anus preatarnaturalis	35%	
Селезеночный отдел	12	8	3		2
Нисходящий отдел	10	4	6		1
Проксимальный отдел сигмы	8	4	4		
Сигмовидная	17	8	9		1
Ректосигма	8	2	6		0
Всего		26	30		4 (7,2%)

В тех случаях когда опухоль толстой кишки была технически резектабельная выполнялись обструктивные резекции. При наличии декомпенсированной кишечной непроходимости (обезвоживание, резкое расширение петель кишечника, общее ослабленное состояние больного), наличие прорастания в смежные органы, явные признаки генерализации (обширный канцероматоз брюшины, асцит, множественные МТ в печени и/или забрюшинные л/узлы) предпочтение отдавали минимальным паллиативным вмешательствам – разгрузочным толстокишечным свищам.

Если разгрузочная колостома выполнялась с перспективой повторной операции, мы стремились формировать свищ так, чтобы его было возможно использовать при последующем вмешательстве, т.е. максимально проксимальнее опухоли (по типу этапных операций Цейдлера-Шлоффера). Формирование цекостомы при опухолях левой половины толстой кишки целесообразно, только если петли тонкой кишки переполнены содержимым, а поперечно-ободочная кишка резко раздута не выводится через отдельный разрез ни в лапаротомную рану (что менее предпочтительно). Во всех остальных случаях, при ОКН, вызванной опухолью левой половины толстой кишки, сигмы, ректосигмы и прямой кишки предпочтение отдается двуствольной трансверзостомии, выполняемой через отдельный разрез в левом подреберье. Если формирование противоестественного заднего прохода является единственным и окончательным этапом при раке – свищ накладывается ближе к опухоли, т.е. при раке ректосигмы и прямой кишки выполняется сигмостомия.

Перфорация опухоли левой половины толстой кишки, так же как и при опухолях правой половины вынуждает хирурга к выполнению обструктивной резекции, как единственной возможности прервать перитонит и изменить неблагоприятный исход.

Выполнено 16 левосторонних обструктивных гемиколэктомий, 8 обструктивных резекций сигмы, 2 обструктивные резекции прямой кишки. Реконструктивные операции с восстановлением проходимости толстой кишки выполнялись через 3-6 месяцев при отсутствии признаков генерализации.

У 4 больных с опухолью ректосигмы, оперированных urgently, с явлениями субкомпенсированной кишечной непроходимости выполнено формирование толстокишечного анастомоза, с одномоментным формированием свища передней брюшной стенки проксимальнее анастомоза. Все больные выздоровели.

Одномоментные толстокишечные анастомозы при ОКН левой половины толстой кишки на фоне явной декомпенсации не формировались.

Наиболее частыми причинами осложнений при операциях на левой половине толстой кишки явились: прогрессирование перитонита после перфорации опухоли, некроз концевой колостомы, отрыв двуствольной колостомы при ее натяжении, несостоятельность культи ушитой дистальной части, эвентрация, нагноение раны

Основной процент неблагоприятных исходов и осложнений развился у больных с запущенными формами опухолей в IV стадии: острая сердечная недостаточность 40%, перитонит и сепсис 25%,

Выводы:

1. При осложненных формах рака ободочной кишки, предпочтение следует отдавать этапным операциям, с последующим решением вопроса о возможности радикальной операции.

2. Перфорации опухоли толстой кишки, на фоне острой кишечной непроходимости и перитонита, диктуют необходимость в выполнении обструктивных резекций.

3. Радикальные хирургические вмешательства после выполненных паллиативных операций следует предпринимать через 1-2 недели. Затягивание сроков может привести к генерализации опухолевого процесса.

4. Назоинтестинальная интубация тонкой кишки существенно снижает интоксикационный синдром, ускоряет выздоровление, но не уменьшает риск несостоятельности при ИТА.

5. Реконструктивные операции на толстой кишке выполняются не менее чем через 3-6 месяцев, при отсутствии метастазов и рецидивов

Литература

1. Петерсон Б.Е. Хирургическое лечение злокачественных опухолей, Москва, Медицина 1975. стр. 311.

2. Гешелин С.А., Неотложная онкохирургия Киев Здоров'я 1988, стр. 86.

3. Кныш В.И. Рак ободочной и прямой кишки. М.: Медицина, 1997 стр. 99.

4. О.Г. Макаров Выбор рациональной тактики лечения рака толстой кишки, осложненного кишечной непроходимостью, в условиях областного колопроктологического стационара. РЖГГК № 2, 2007 http://www.gastro-j.ru/files/s11_1297615857.pdf

5. Бемянский Л.С., Годуров И.М., Перехрестенко А.В. Оптимизация хирургического лечения острой обтурационной раковой непроходимости толстой кишки. Клиническая онкология 2011 Организация противораковой борьбы. (специальный выпуск). <http://www.clinicaloncology.com.ua>

6. Симонов Н.Н. Современные принципы хирургического лечения рака ободочной кишки. Практическая онкология, №1, 2000 стр. 14-18.

7. В.А. Тарасов, Е.С. Побегалов, М.В. Виноградова, Ю.К. Шаров, В.В. Ставровиецкий, А.Ю. Литвинов Хирургическое лечение больных метастатическим колоректальным раком Практическая онкология, № 22, 2005 стр. 92-102.