

© Коллектив авторов, 2015  
УДК 616.349-006.6-089

А. А. Захаренко<sup>1</sup>, Д. А. Суров<sup>2</sup>, А. В. Сапелкин<sup>1</sup>, Ю. А. Пономарева<sup>1</sup>, И. Н. Данилов<sup>1</sup>,  
И. А. Палтышев<sup>1</sup>, М. А. Беляев<sup>1</sup>, А. А. Трушин<sup>1</sup>

## ЭТАПНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО С ОСЛОЖНЁННЫМ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЁННЫМ РАКОМ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ

<sup>1</sup> Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (ректор — академик РАН, проф. С. Ф. Багненко); <sup>2</sup> Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И. И. Джанелидзе (дир. — проф. В. Е. Парфенов)

**Ключевые слова:** рак, сигмовидная кишка, осложнение, лечение

В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями рак толстой кишки занимает III место, уступая лишь раку легкого и молочной железы. Ежегодно в мире от рака ободочной кишки умирают более 460 000 человек [2]. Несмотря на выраженность клинических признаков и технические возможности диагностики, такие факторы, как длительное бессимптомное течение, недостаточная онкологическая настороженность и поздняя диагностика, являются причинами того, что до 85% больных попадают в стационар с осложненными формами заболевания и впервые обращаются не в онкологический, а в многопрофильный стационар. Особо тяжёлую группу составляют пациенты с гнойно-воспалительными осложнениями местно-распространённого рака толстой кишки. Примерно у четверти пациентов одномоментно возникают несколько осложнений [1]. Эта группа больных требует особого, индивидуального подхода.

Цель наблюдения: показать успешную этапную хирургическую тактику лечения больного с осложненным местно-распространенным раком сигмовидной кишки; преимущество, рациональную маршрутизацию и взаимодействие разных этапов оказания специализированной медицинской помощи.

Больной С., 60 лет, 12.04.2013 г. поступил в отделение скорой медицинской помощи СПбНИИСП им. И. И. Джанелидзе в тяжёлом состоянии с клинической картиной декомпенсированной острой кишечной непроходимости (рвота застойным «каловым» содержимым, отсутствие отхождения стула и газов, вздутие живота). В результате обследования был поставлен предварительный диагноз: острая кишечная непроходимость в стадии декомпенсации. В связи с тяжёлым состоянием, нестабильной гемодинамикой принято решение о проведении дообследования и предоперационной подготовки в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии. Через 3 ч после поступления больного в стационар выполнена лапаротомия. Из протокола операции: «...при ревизии органов брюшной полости выпота нет, вся ободочная кишка делатирована, преимущественно за счёт газов, до 8–9 см в диаметре, тонкая — до 5 см. В дистальном отделе сигмовидной кишки пальпируется плотная неподвижная опухоль до 7 см в диаметре, растущая в переднюю брюшную стенку и инфильтрирующая мочевого пузыря. Отдалённых метастазов нет...». Учитывая тяжёлое состояние больного, АД — менее 90/50 мм рт. ст., тахикардию с ЧСС более 110 уд/мин, местно-распространённый характер опухоли, пациенту выполнена симптоматическая операция — назогастроинтестинальная интубация, интраоперационная пассивная декомпрессия толстой кишки, формирование двухствольной сигмостомы. Ранний послеоперационный период протекал без осложнений. Не выписываясь из стационара, больной дообследован. При фиброколоноскопии: на высоте 18 см выявлена опухоль, циркулярно стенозирующая просвет кишки. При гистологической верификации: аденокарцинома. При мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) органов брюшной полости и малого таза от 25.04.2013 г.: опухоль в области нижней трети сигмовидной кишки с признаками интимного прилегания к мочевому пузырю и передней брюшной стенке (рис. 1). Лимфоаденопатии, отдалённых метастазов, асцита не выявлено.

### Сведения об авторах:

Захаренко Александр Анатольевич (e-mail: 9516183@mail.ru), Сапелкин Александр Васильевич (e-mail: avsapelkin62@mail.ru), Пономарева Юлия Анатольевна (e-mail: uaponomareva@mail.ru), Данилов Иван Николаевич (e-mail: ivandanilov75@mail.ru), Палтышев Илья Александрович (e-mail: eexss@mail.ru), Беляев Михаил Алексеевич (e-mail: 8628926@mail.ru), Трушин Антон Александрович (e-mail: anton.trushin@rambler.ru), Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова, 197022, Санкт-Петербург, ул. Л. Толстого, 6–8;

Суров Дмитрий Александрович (e-mail: sda120675@mail.ru), Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И. И. Джанелидзе, 192242, Санкт-Петербург, ул. Будапештская, 3

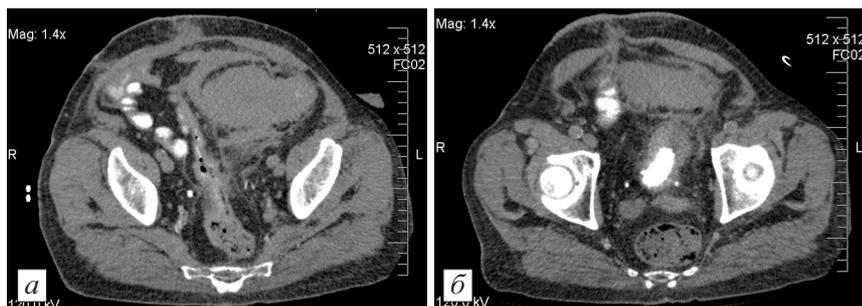


Рис. 1. МСКТ органов брюшной полости и малого таза от 25.04.2013 г.

а — инвазия опухоли в мочевой пузырь; б — инвазия опухоли в переднюю брюшную стенку

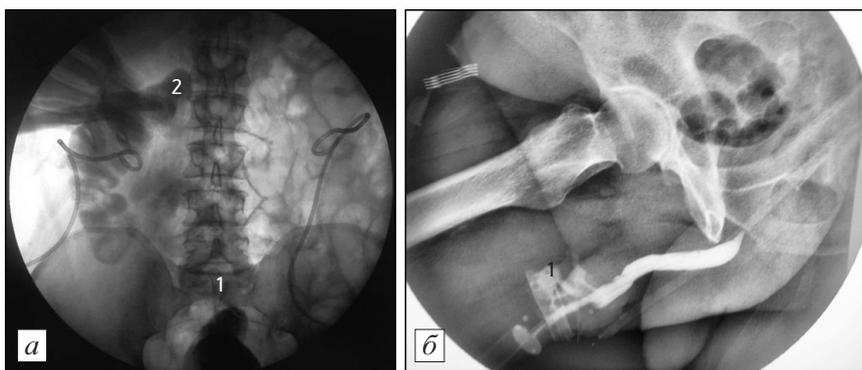


Рис. 2. Ирригоскопия и ретроградная уретрография от декабря 2013 г.

а — диастаз между поперечной ободочной кишкой (2) и заглушенным дистальным концом прямой кишки (1); б — контрастирование уретры (1)

На 35-е сутки после операции возникла клиническая картина паратуморозного абсцесса и гнойного цистита. Установлены показания к срочной операции.

17.05.2013 г. выполнена комбинированная обструктивная резекция левого фланга ободочной кишки с левосторонней мезоколектомией, экстирпация мочевого пузыря и резекция участка передней брюшной стенки левой подвздошной области. На 3-и сутки после операции (20.05.2013 г.) после достаточной каликопиелэктазии выполнена двусторонняя пункционная нефростомия. Опухоль верифицирована как умеренно дифференцированная аденокарцинома сигмовидной кишки с распадом и формированием хронического гнойного инфильтрата, врастающая в параколярную клетчатку и мышцы передней брюшной стенки, тотальный гнойно-некротический цистит. Послеоперационный период — без осложнений.

**Окончательный диагноз:** рак сигмовидной кишки pT4bN0M0G2.

Осложнение 12.04.2013 г.: острая обтурационная опухлевая тонкокишечная непроходимость в стадии декомпенсации. Паратуморозный инфильтрат.

Операция от 12.04.2013 г.: назогастроинтестинальная интубация, интраоперационная пассивная декомпрессия толстой кишки, формирование двуствольной сигмостомы.

Осложнение от 17.05.2013 г.: паратуморозный абсцесс с вовлечением мочевого пузыря, гнойно-некротический цистит.

Операция 17.05.2013 г.: комбинированная обструктивная резекция левого фланга ободочной кишки с левосторонней мезоколектомией, экстирпация мочевого пузыря с перевязкой уретры и двух мочеточников, резекция участка передней

брюшной стенки левой подвздошной области.

Операция 20.05.2013 г.: двусторонняя чрескожная пункционная нефростомия

Адьювантная химиотерапия была показана, но не проводилась ввиду длительной (более 3 мес) почечной недостаточности (креатинин — 300–400 мкмоль/л, мочевина — 13–14 ммоль/л).

В декабре 2013 г. больной поступил на обследование по плану динамического наблюдения в онкологическое отделение клиники факультетской хирургии ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова. При МСКТ брюшной полости: парааортальные и тазовые лимфатические узлы до 9 мм, асцит не определяется, состояние после обструктивной левосторонней гемиколэктомии, экстирпации мочевого пузыря, формирования нефростом. Признаки гиперплазии предстательной железы в зоне сканирования костных депозитов не определяются. При фиброколоноскопии: длина дистальной культы толстой кишки — 20 см, приводящего отдела — 40 см. Патологии со стороны слизистой оболочки не выявлено. При ирригоскопии: культа прямой кишки — 25 см, диастаз между поперечной ободочной кишкой и заглушенным дистальным концом — 18 см, при уретрографии: контрастирование уретры на расстоянии в 13,5 см (рис. 2). При МСКТ грудной полости — без патологии. Онкомаркеры в норме. Данных за прогрессирование заболевания не получено.

Принято решение о выполнении реконструктивно-го этапа совместно с сотрудниками отделения урологии ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова. Оперативное лечение от 27.02.2014 г.: восстановление непрерывности толстой кишки (цекум-ректоанастомоз), ортотопическая илеоцистопластика по Hautmann (W-резервуар).

Из протокола операции: «...с техническими сложностями из-за выраженного спаечного процесса проведена ревизия брюшной полости. Спайки рассечены, асцита и отдалённых метастазов нет. Визуализированы 2 дистальных конца мочеточника, связанных между собой синей нитью на уровне бифуркации аорты. Выделены из рубцов и спаек. В 20 см проксимальнее илеоцекального угла, на уровне адекватного кровоснабжения, пересечён участок подвздошной кишки длиной 60 см при помощи аппарата „Ethicon TLC 55“.

Между дистальным и проксимальными участками оставшейся тонкой кишки сформирован илеоилеоанастомоз по типу „бок в бок“ двурядным обвивным швом нитью PDS 3–0. Мобилизован участок печёночного изгиба ободочной кишки. Пересечена а. colica media. Выделен участок заглушенного ранее ректосигмоидного отдела толстой кишки. Сформирован трансверзосигмоанастомоз по типу „конец в конец“ при помощи аппарата „Ethicon CDH 29“. Типичная аппендэктомия. Из выделенного участка тонкой кишки сформирован W-образный резервуар. Четыре петли тонкой кишки сшиты между собой по брыжеечным краям двурядным обвивным швом (рис. 3, а).

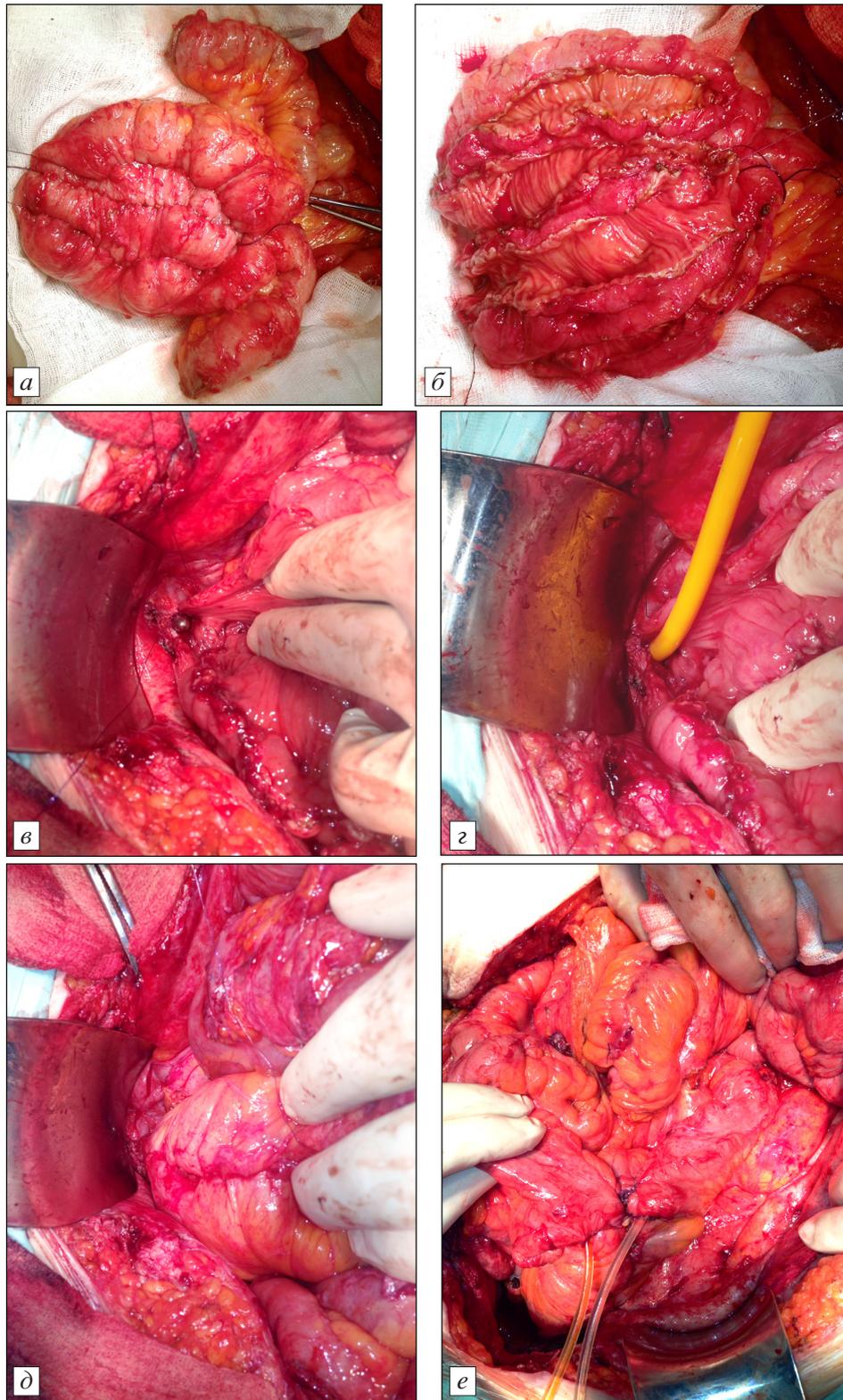


Рис. 3. Этапы операции.

*a* — формирование W-образного резервуара из изолированной петли подвздошной кишки (четыре петли тонкой кишки сшиты между собой по брыжеечным краям двурядным обвивным швом); *б* — формирование W-образного резервуара из изолированной петли подвздошной кишки (рассечен противобрыжеечный край); *в* — при помощи бужа, введенного через уретру, выделена «площадка» культи уретры для формирования анастомоза; *г* — формирование уретрорезервуарного анастомоза. Нижняя часть резервуара соединена с проксимальным отделом уретры двурядным швом Monofeel 2–0. Заведен катетер Фолея № 20. Линия швов продолжается на переднюю губу первого ряда имплантированного резервуара; *д* — сформированный W-резервуар с уретрорезервуарным анастомозом; *е* — окончательный вид W-резервуара. Через переднюю стенку резервуара выведены интубаторы мочеточников

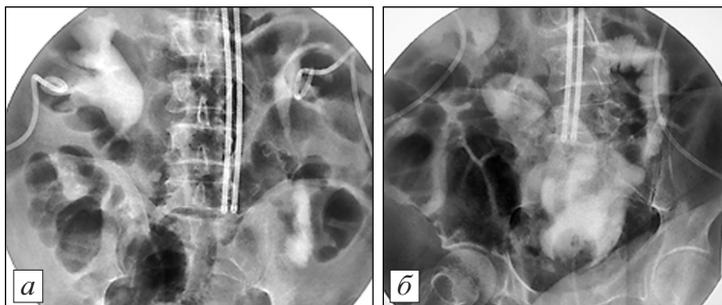


Рис. 4. 7-е сутки после операции.

а — транснефростомическая пиелоурография. Законтрастированные правая и левая почки, мочеточники и «рога» W-резервуара;  
б — анте- и ретроградное контрастирование сформированного W-резервуара

Расsectён противобрыжеечный край (рис. 3, б). Сформирована задняя губа резервуара. При помощи бужа, введённого через уретру, визуализирован её проксимальный участок. Выделена „площадка” культи уретры для формирования анастомоза (рис. 3, в). Нижняя часть резервуара соединена с проксимальным отделом уретры двурядным швом Monofeel 2–0. Линия швов продолжается на переднюю губу первого ряда имплантированного резервуара. Заведён катетер Фолея № 20 (рис. 3, г). Выделенные мочеточники рассечены в продольном направлении. Поступили капли мочи. Сформированы анастомозы между мочеточниками и верхними краями резервуара. Через них в проксимальном направлении заведены интубаторы (на 6 см), которые выведены через среднюю часть передней стенки резервуара на переднюю брюшную стенку в левой мезогастральной области (правый сверху, левый снизу). Интубаторы фиксированы к коже передней брюшной стенки узловыми швами. Передняя стенка имплантированного резервуара ушита „наглухо” (рис. 3, д, е). При повторном осмотре трансверзосигмоанастомоза выявлено, что дистальный участок ободочной кишки потемнел, имеется чёткая демаркационная граница. Принято решение о резекции нежизнеспособного участка на уровне адекватного кровоснабжения и реконструкции анастомоза, что и было выполнено. Сформирован цекоректоанастомоз по типу „конец в конец” при помощи аппарата „Ethicon CDH 29”. Колостома иссечена. Дренажные трубки установлены в малый таз, к анастомозам между резервуаром и мочеточниками, к месту выхода интубаторов из резервуара...».

Начиная с 1-х суток послеоперационного периода, проводилось 3-кратное промывание сформированного резервуара

раствором фурациллина. Максимальный объём однократного введения — 50 мл. На 2-е сутки появилась перистальтика кишечника, и из мочевого резервуара увеличилось количество отмываемой слизи. Через 4 сут после операции удалены дренажные трубки из брюшной полости, оставлена — только в малом тазу. На 7-е сутки после операции были выполнены транснефростомическая пиелоурография, а также анте- и ретроградное контрастирование сформированного резервуара (рис. 4). Патологии не выявлено. На 10-е сутки интубаторы удалены вместе с дренажем из малого таза. В области установки интубатора сформировался неполный мочевой свищ, который закрылся самостоятельно на 20-е сутки. На 31-е сутки (30.03.2014 г.) после оперативного лечения больной выписан.

В настоящее время (июнь 2014 г.) у больного — регулярный стул, диурез самостоятельный, контролируемый. Больной отмечает значительное улучшение качества жизни: отсутствие колостомы и нефростом, неприятного запаха и загрязнения одежды, физиологичное контролируемое отведение стула и мочи.

Представленное клиническое наблюдение, на наш взгляд, очень полезно хирургам на всех этапах медицинской помощи, которые проходит онкологический пациент при возникновении у него осложнений основного заболевания. Достичь успеха в лечении столь тяжёлой категории больных могут помочь грамотное предоперационное обследование и стадирование заболевания, адекватный по состоянию и виду осложнения объём предоперационной подготовки и оперативного пособия, преимущество различных этапов специализированной медицинской помощи.

#### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Алиев С. А., Алиев Э. С. Колоректальный рак: заболеваемость, смертность, инвалидность, некоторые факторы риска // Вестн. хир. 2007. № 4. С. 118–122.
2. Давыдов М. И., Аксель Е. М. Смертность населения России и стран СНГ от злокачественных новообразований в 2007 г. // Вестн. РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. 2009. № 3. С. 99–122.

Поступила в редакцию 24.02.2014 г.