

© В. И. Помазкин, 2016
УДК [616.348+616.342]:616-006.6-089.168

В. И. Помазкин

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ С РАСПРОСТРАНЕНИЕМ НА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНУЮ КИШКУ

ГБУ «Свердловский областной клинический госпиталь для ветеранов войн» (нач. — Р. В. Соловьев), г. Екатеринбург

Ключевые слова: рак ободочной кишки, двенадцатиперстная кишка, дуоденоюноанастомоз

Введение. Частота первично выявленного рака ободочной кишки, при котором процесс уже носит местно-распространенный характер, остается весьма высокой, составляя от 5,5 до 31% [1, 7].

Мультивисцеральные резекции при колоректальном раке с инвазией в органы малого таза, тонкую кишку, брюшную стенку в настоящее время получили достаточно широкое распространение с доказанными хорошими непосредственными и отдаленными результатами [4].

Однако хирургическое лечение местно-распространенного рака толстой кишки с вовлечением в опухолевый процесс органов панкреатодуоденальной зоны вызывает большие трудности [1, 3, 6]. При этом достаточно часто опухоль расценивается как первично нерезектабельная, подлежащая лишь паллиативному либо симптоматическому лечению. Причиной этого является то, что комбинированные радикальные резекции ободочной кишки с вмешательством на органах панкреатодуоденальной зоны требуют агрессивного, технически сложного оперативного лечения, сопровождаются значительным уровнем послеоперационных осложнений и летальности на фоне высокой частоты нерадикальных операций [5]. Исследования, посвященные результатам лечения рассматриваемой патологии, малочисленны и, как правило, включенное в них число клинических случаев не превышает нескольких десятков наблюдений. Во многом с этим связано то, что при таком характере распространения опухоли ободочной кишки в настоящее время нет

единого мнения о выборе оптимального объема оперативного вмешательства.

Цель работы — описание нашего опыта радикального хирургического лечения рака ободочной кишки при инвазии опухоли в двенадцатиперстную кишку (ДПК).

Материал и методы. В исследование были включены результаты лечения 7 больных в возрасте от 68 до 76 лет (средний возраст 72,3 года). Мужчин было 3, женщин — 4. Среднее число сопутствующих заболеваний составило 3,3 на 1 пациента, что было обусловлено относительно преклонным возрастом больных. Критериями включения в исследование являлись: гистологически верифицированный диагноз аденокарциномы ободочной кишки, отсутствие отдаленных метастазов и диссеминации опухоли на этапе дооперационной и интраоперационной диагностики и переносимость вмешательства пациентом по соматическому статусу.

У 4 больных первичной локализацией опухоли являлся печеночный изгиб ободочной кишки, у 2 — проксимальная треть поперечной ободочной кишки. У 1 пациента был местный рецидив рака в зоне илеотрансверзоанастомоза после ранее выполненной правосторонней гемиколэктомии. У 3 больных опухоль ранее вызвала обтурационную толстощечную непроходимость. У 2 из них на первом этапе лечения было выполнено формирование двустольной илеостомы с ликвидацией кишечной непроходимости, у 1 — наложение обходного илеотрансверзоанастомоза. У 3 больных основными клиническими проявлениями опухолевого процесса были умеренный дискомфорт в животе, слабость, анемия. У 1 пациента с выявленным колодуоденальным свищем клиническая картина характеризовалась периодической рвотой с каловым запахом, поносами. Характерно, что у 3 больных при ранее выполненной лапаротомии с ревизией брюшной полости опухолевый процесс признавался инкурабельным.

Эндоскопическая диагностика включала в себя, кроме исследования толстой кишки с гистологической верификацией опухоли, фиброгастродуоденоскопию, при которой признаки вовлечения в опухолевый процесс ДПК в виде инфильтрации, изъязвления ее участка были выявлены у 4 больных. При этом у 1 пациента был верифицирован колодуоденальный свищ, у 3 — при эндоскопии верхних отделов

Сведения об авторе:

Помазкин Вадим Игоревич (e-mail: yunker@yandex.ru), Свердловский областной клинический госпиталь для ветеранов войн, 620036, г. Екатеринбург, ул. Соболева, 25

желудочно-кишечного тракта признаки инвазии опухоли в ДПК отсутствовали.

Компьютерная томография позволяла определить распространённость опухолевого процесса, предварительно оценить степень вовлечения в него ДПК и оценить характер лимфогенного поражения. Несмотря на информативность этого исследования, в 2 наблюдениях инвазия опухоли в ДПК выявлена лишь на этапе интраоперационной ревизии.

Для оценки степени распространения опухоли и резектабельности процесса во время операции требовалась полная мобилизация ДПК по Кохеру. Инвазия в нисходящий ее отдел отмечена у 4 больных, в ее горизонтальную часть — у 3.

Вмешательство на толстой кишке у 6 больных заключалось в правосторонней гемиколэктомии с лимфаденэктомией, высокой перевязкой подвздошно-ободочной и средней ободочной артерий с илеотрансверзоанастомозом «бок в бок». При этом у 2 пациентов одновременно была ликвидирована илеостома с восстановлением пассажа по толстой кишке. У 1 больного с рецидивом опухоли выполнена расширенная резекция поперечной ободочной кишки с удалением зоны ранее выполненного илеотрансверзоанастомоза и наложением илеосигмоанастомоза. У 1 пациента при инвазии в ДПК и головку поджелудочной железы была выполнена панкреатодуоденальная резекция с удалением опухоли в одном блоке с правой половиной ободочной кишки. У 6 больных при операции выявлено изолированное вовлечение в опухолевый процесс ДПК, что позволило выполнить ее атипичную резекцию, отступая на 1–2 см от видимого края опухоли.

При последующем морфологическом исследовании удаленного препарата подтверждение распространения опухоли на ДПК получено во всех наблюдениях. При этом у 3 больных отмечено прорастание всех слоев дуоденальной стенки (у 1 — с колодуоденальным свищом, у 1 — с вовлечением в процесс головки поджелудочной железы). У 4 пациентов инвазия стенки ДПК была в пределах серозно-мышечного и подслизистого слоя без прорастания слизистой оболочки. У 6 больных степень дифференцировки аденокарциномы была умеренная, у 1 — низкая. При исследовании маркированных краев удаленной части ДПК у всех больных они оставались интактными от опухолевого роста, что позволяло расценивать радикальность резекции на уровне R0. Единичные метастазы в регионарных лимфатических узлах были выявлены у 2 пациентов.

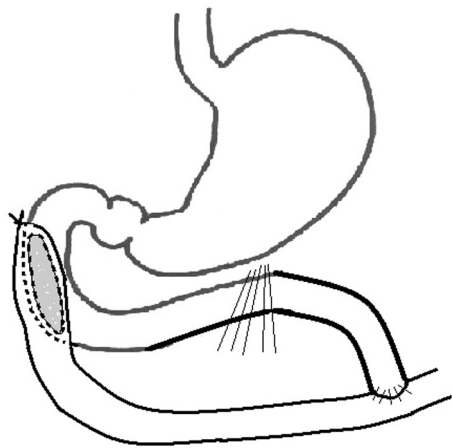


Схема замещения дефекта двенадцатиперстной кишки начальным отделом тощей кишки

Весьма актуальным остается принятие тактического решения о закрытии образовавшегося дефекта ДПК после ее резекции. В наших наблюдениях размеры дефекта колебались от 3×2 до 9×4 см, располагаясь преимущественно по передней и латеральной дуоденальной стенке. Большой и малый дуоденальный сосок всегда оставались интактными. У 1 больного относительно небольшой размер дефекта (до 4 см²) позволил ушить его в поперечном направлении после дополнительной мобилизации ДПК и без сужения ее просвета. У 5 пациентов поперечный размер дефекта составлял от $\frac{2}{3}$ до $\frac{3}{4}$ окружности ДПК и был достаточно продленным по длине, что не позволяло ушить его без резкого сужения и деформации просвета кишки либо было технически невозможным.

В таких ситуациях применяли замещение дуоденального дефекта частью тощей кишки, выкроенной из ее начального отдела (рисунк).

Этот отдел в 10–20 см от дуоденоюнонального перехода пересекали в поперечном направлении. Брыжейку дистальной части пересеченной кишки мобилизовали для создания ее подвижности. Мобилизованную ушитую тощую кишку перемещали к раневому дефекту ДПК с ликвидацией его созданием дуоденоюноанастомоза по типу «бок в бок» одноили двухрядным швами. Пересеченную проксимальную часть начального отдела тощей кишки анастомозировали «конец в бок» с дистальной ее частью. У всех пациентов в дальнейшем проведена адьювантная химиотерапия по схеме FOLFOX [2].

Результаты и обсуждение. В раннем послеоперационном периоде летальных исходов не было. Вероятно, единственной его особенностью являлся более продолжительный период гастростаза, чем при стандартной правосторонней гемиколэктомии. Это требовало более длительного использования назогастрального дренирования и назначения прокинетиков. У 1 пациента с панкреатодуоденальной резекцией отмечена несостоятельность панкреатоеюноанастомоза с формированием наружного панкреатического свища, зажившего в течение 5 нед. При резекции ДПК у 1 больного развились острые язвы антрального отдела желудка, осложнившиеся кровотечением, что потребовало антисекреторной, гемостатической терапии. У 1 пациента возникла ранняя спаечная кишечная непроходимость, купированная консервативным лечением.

В отдаленном периоде все пациенты отмечали удовлетворительную функцию верхних отделов желудочно-кишечного тракта без каких-либо диспепсических расстройств. При объективном исследовании данных за нарушение пассажа по ДПК и тонкой кишке не получено. Пациент с панкреатодуоденальной резекцией умер через 6 мес при генерализации опухолевого процесса. Среди пациентов с резекцией двенадцатиперстной кишки спустя 3 года после операции не имели отдаленных метастазов или местных рецидивов 5 из 7 больных.

Проблема оперативного лечения рака ободочной кишки с распространением на область панкреатодуоденальной зоны сохраняет свою актуальность вследствие ряда причин. Объективная дооперационная диагностика при такой распространенности процесса вызывает затруднения даже при применении всего арсенала диагностических средств [1, 6]. Фактически решение о возможности радикального лечения приходится принимать во время оперативного вмешательства, где важную роль играет опыт хирурга с технической подготовкой выполнения комбинированных операций. О трудностях правильного выбора свидетельствует факт признания ранее опухоли неоперабельной у 3 пациентов и выполнение минимального объема операции.

Затруднения в интраоперационной дифференцировке между перитуморозным воспалительным процессом и истинной инвазией в соседние структуры обычно решаются в пользу признания опухоли местно-распространенной с выполнением комбинированной операции, что подтверждается гистологически доказанным прорастанием опухоли в ДПК в наших наблюдениях.

Наиболее важным является принятие тактического решения об объеме радикального оперативного вмешательства. По мнению хирургов, имеющих большой опыт в лечении такой патологии, оптимальной операцией, приводящей к улучшению выживаемости пациентов, следует считать выполнение панкреатодуоденальной резекции с правосторонней гемиколэктомией [1, 3, 6]. При этом получены хорошие непосредственные результаты с относительно небольшой послеоперационной летальностью и приемлемым числом ранних осложнений.

Однако актуальным остается и вопрос о переносимости такого объема операции самим пациентом. Местно-распространенный рак ободочной кишки может сопровождаться осложнениями, вызывая серьезные нарушения в организме с гомеостатическими изменениями (анемия, гипопротейнемия, хронический воспалительный процесс и т.д.), что может приводить к увеличению числа осложнений. С другой стороны — существенные коррективы может вносить возраст больного. Мы имели контингент достаточно пожилых пациентов (средний возраст составил 72,3 года) с целым рядом сопутствующей патологии, с повышенным операционным риском, что не могло не сказаться на выборе операции. Уменьшение объема вмешательства до атипичной резекции ДПК привело к относительно небольшому числу послеоперационных осложнений, отсутствию летальных исходов.

Спорным остается вопрос о радикальности такого вмешательства. По мнению ряда исследователей, ограниченные резекции ДПК приводят к объективно регистрируемой нерадикальности операции, выявлению наличия резидуальной опухолевой ткани в краях резекции ДПК [1, 3]. Мы полагаем, что это во многом может быть связано с ограниченностью объема иссекаемых тканей ДПК из-за опасений в возникновении трудностей при ликвидации ее дефекта. В нашем исследовании при морфологическом исследовании в краях резецированной части ДПК опухолевого процесса не было выявлено ни в одном случае. Вероятно, это связано с достаточно безопасным расстоянием линии ее резекции от видимого края опухоли. При этом мы не опасались возникновения большего размера дуоденального дефекта. Несмотря на резекцию до $\frac{3}{4}$ окружности ДПК, нам всегда удавалось закрыть его, используя описанный выше способ замещения дуоденального дефекта. Отдаленные результаты не показали опасности возникновения местных рецидивов опухоли за 3-летний период наблюдения. Такой подход может быть приемлемым при хирургическом лечении пожилых пациентов, при высоком хирургическом риске выполнения более агрессивных объемов операции.

Выводы. Комбинированные операции при местно-распространенном раке ободочной кишки с изолированной инвазией в ДПК с атипичной ее резекцией имеют хорошие непосредственные и отдаленные результаты. Образовавшийся дефект ДПК может быть ликвидирован созданием дуоденоюноанастомоза с петлей начального отдела тощей кишки.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Патютко Ю. И., Кудашкин Н.Е., Котельников А.Г. Хирургическое лечение местно-распространенного рака правой половины толстой кишки // Онкол. колопроктол. 2014. № 2. С. 28–31.
2. Трякин А. А. Практические рекомендации по лекарственному лечению рака прямой кишки // Злокачественные опухоли. 2015. № 4, спец. вып. С. 230–246.
3. Щепотин И. Б., Колесник Е. А., Лукашенко А. В. и др. Мультивисцеральные резекции при местно-распространенном раке ободочной кишки с инвазией в органы гепатопанкреатодуоденальной зоны // Клини. онкол. 2013. № 3. С. 1–5.
4. Curley S.A., Carlson G.W., Shumate C.R. et al. Extended resection for locally advanced colorectal carcinoma // Am. J. Surg. 1992. Vol. 163. P. 553–559.
5. Fuks D., Pessaux P., Tuech J.J. et al. Management of patients with carcinoma of the right colon invading the duodenum or pancreatic head // Int. J. Colorectal. Dis. 2008. Vol. 23. P. 477–481.
6. Kaapor S., Das B., Pal S. et al. En bloc resection of right-sided colonic adenocarcinoma with adjacent organ invasion // Int. J. Colorectal Dis. 2006. Vol. 21. P. 265–268.

7. Koea J. B., Conlon K., Paty P. B. et al. Pancreatic or duodenal resection or both for advanced carcinoma on the right colon: is it justified? // Dis. Colon Rectum. 2000. Vol. 43. P. 460–465.

Поступила в редакцию 15.03.2016 г.

V.I.Pomazkin

RESULTS OF TREATMENT OF COLON CANCER WITH EXTENTION ON THE DUODENUM

Sverdlovsk regional clinical psychoneurological hospital for war veterans, Yekaterinburg

The article includes the experience of radical surgical treatment of colon cancer with tumor invasion into the duode-

num. Patients (7 cases) underwent surgery. Their average age consisted of 72.3 years old. Right-sided hemicolectomy with atypical resection of the duodenum was performed on 6 patients. Pancreoduodenal resection with removal of the right half of the colon was carried out in one patient. The replacement of defect by overlay duodenojejunostomy with initial part of the small intestine was completed in 5 patients and the defect was sutured in one case during the atypical resection of the duodenum. There weren't lethal outcomes after surgery. There was noted 3-year survival without relapse in 5 patients. According to the author, the atypical resection could be possible in limited invasion of the colon cancer in the duodenum with acceptable reliability level.

Key words: *colon cancer, duodenum, duodenojejunostomy*