

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

Научная статья

УДК 616.348-006-089-06

3.1.9. Хирургия (медицинские науки)

doi: 10.17021/2712-8164-2024-3-41-45

ТРУДНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Ярославна Александровна Якименко^{1,2}, Владимир Владимирович Кутуков^{1,2},
Дмитрий Николаевич Богомолов², Марат Алилович Газиев^{1,2}

¹Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань, Россия

²Областной клинический онкологический диспансер, Астрахань, Россия

Аннотация. Представлен клинический случай лечения пациента с раком печеночного угла ободочной кишки с вовлечением 12-перстной кишки и головки поджелудочной железы. Проведено оперативное лечение в объеме расширенной гастропанкреатодуоденальной резекции с гемиколэктомией справа. С целью исключения микрометастазирования больной прошел программу адъювантной химиотерапии. Пациент находится под диспансерным наблюдением на протяжении 3 лет без признаков рецидива и прогрессирования онкологического заболевания.

Ключевые слова: рак ободочной кишки, операция, послеоперационный период

Для цитирования: Якименко Я. А., Кутуков В. В., Богомолов Д. Н., Газиев М. А. Трудности хирургического лечения рака ободочной кишки // Прикаспийский вестник медицины и фармации. 2024. Т. 5, № 3. С. 41–45. doi: 10.17021/2712-8164-2024-3-41-45.

OBSERVATIONS FROM PRACTICE

Original article

DIFFICULTIES IN SURGICAL TREATMENT OF COLON CANCER

Yaroslavna A. Yakimenko^{1,2}, Vladimir V. Kutukov^{1,2},
Dmitriy N. Bogomolov², Marat A. Gaziev^{1,2}

¹Astrakhan State Medical University, Astrakhan, Russia

²Regional Clinical Oncological Dispensary, Astrakhan, Russia

Abstract. A clinical case of treatment of a patient with cancer of the hepatic angle of the colon with involvement of the duodenum and head of the pancreas is presented. Traumatic surgical treatment was performed in the volume of extended gastropancreatoduodenal resection with hemicolectomy on the right. The patient underwent an adjuvant chemotherapy program. Currently, he has been under dispensary observation for 3 years without signs of relapse and progression of the oncological disease.

Key words: colon cancer, surgery, postoperative period

For citation: Yakimenko Ya. A., Kutukov V. V., Bogomolov D. N., Gaziev M. A. Difficulties in surgical treatment of colon cancer. Caspian Journal of Medicine and Pharmacy. 2024; 5 (3): 41–45. doi: 10.17021/2712-8164-2024-3-41-45 (In Russ.).

Введение. Главным способом радикального лечения злокачественных новообразований является хирургическое вмешательство. Оно позволяет удалить опухоль и регионарные лимфатические узлы, следуя принципам абластики и антиблаستيки, а также визуально оценить распространенность процесса и исключить отдаленные метастатические изменения. При этом успешность лечения зависит не только от объема и качества операции, но и от грамотного ведения послеоперационного периода [1–6].

Частота развития послеоперационных осложнений в абдоминальной хирургии достигает 40 % [1]. К основным осложнениям раннего послеоперационного периода относятся: кровотечение, развитие инфекционных процессов, несостоятельность швов, а кроме того, сердечно-сосудистые и тромбоэмболические осложнения [1–3, 7, 8]. Их развитие зависит от объема и травматичности операции, ее продолжительности, опыта хирурга, возраста больного и наличия сопутствующей патологии. В зависимости от характера возникшего осложнения проводится либо консервативная терапия, либо повторное оперативное вмешательство.

Наличие у больного в послеоперационном периоде осложнений приводит к ухудшению прогноза заболевания, увеличению продолжительности госпитализации, экономическим издержкам и риску летального исхода. Это обуславливает актуальность проблемы и необходимость обмена опытом ведения и наблюдения пациентов после хирургического вмешательства.

Клиническое наблюдение. Пациент Д., 45 лет, в ходе ежегодного профилактического медицинского осмотра предъявил жалобы на общую слабость, потерю в весе (на 7–8 кг в течение 2 мес.), боли в правом подреберье. Проведено комплексное обследование. По результатам магнитно-резонансной томографии органов брюшной полости были выявлены патологические изменения стенки ободочной кишки в области печеночного изгиба, с признаками инфильтративных изменений прилегающей клетчатки и косвенными признаками прорастания в стенку 12-перстной кишки, лимфаденопатии. Пациент был направлен в ГБУЗ АО «Областной клинический онкологический диспансер» для дообследования и определения тактики лечения.

Осуществлено комплексное обследование в соответствии с клиническими рекомендациями Российского общества клинической онкологии. Во время проведения колоноскопии выявлены эндоскопические признаки рака ободочной кишки, инфильтративно-язвенная форма (тип 3), со стенозированием просвета на уровне печеночного изгиба. Произведена биопсия опухоли. При цитологическом исследовании обнаружены группами и разрозненно клетки призматического эпителия в состоянии выраженной пролиферации, крупные голядерные элементы, комплексы клеток с выраженными дегенеративными изменениями, подозрительные на раковые. При гистологическом исследовании зафиксирована умеренно дифференцированная карцинома толстой кишки. Пациент обсужден на онкологическом консилиуме, выставлен клинический диагноз: «Рак ободочной кишки. II стадия», запланировано оперативное лечение в объеме гемиколэктомии справа.

После мультимодальной анестезии выполнена верхнесрединная лапаротомия. При визуализации обнаружено вращение опухоли в 12-перстную кишку от верхнегоризонтальной до нижнегоризонтальной ветви, а также вращение в головку поджелудочной железы; увеличенные лимфатические узлы по ходу подвздошно-ободочной артерии, а также в гепатодуоденальной связке. Отдаленной метастатической патологии в брюшной полости не выявлено. Проведен интраоперационный консилиум: с учетом вращающейся опухоли в 12-перстную кишку и головку поджелудочной железы, сравнительно молодого возраста пациента и стабильного состояния было решено выполнить радикальную операцию в объеме расширенной гастропанкреатодуоденальной резекции с гемиколэктомией справа. Мобилизована правая половина ободочной кишки с участком подвздошной кишки с перевязкой средней, правой ободочных и подвздошно-ободочной артерий. Удаляемые отрезки кишки пересечены. Далее начата обратимая мобилизация органокомплекса. Мобилизована головка поджелудочной железы с крючковидным отростком, 12-перстная кишка, начальный отдел тощей кишки, 1/3 желудка, желчный пузырь, холедох с применением ультразвукового скальпеля. Культи начального отдела тощей кишки пересечена в 20 см от связки Трейца, погружена в кيسет и в ряд узловых швов. Произведена холецистэктомия. Холедох пересечен. Произведена антрум-резекция желудка. Связка крючковидного отростка пересечена и лигирована. Поджелудочная железа пересечена на уровне перешейка. Произведена комбинированная гастропанкреатодуоденальная резекция с расширенной правосторонней гемиколэктомией справа. Наложена панкреатикогастроанастомоз с задней стенкой желудка на скрытом дренаже. Далее наложен гепатикоюноанастомоз двухрядным швом. При этом отмечено, что просвет общего желчного протока очень узок – 3–4 мм. Наложена гастроэнтероанастомоз с той же петлей тонкой кишки двухрядным швом. Наложена изоперистальтический илеотрансверзоанастомоз двухрядным атравматическим швом.

Результат планового гистологического заключения показал, что морфологическая картина соответствует аденокарциноме G2–G3 толстой кишки с вращением в окружающую клетчатку и стенку 12-перстной кишки. В 4 лимфатических узлах со стороны серозной оболочки кишки зафиксирована выраженная лимфоидная пролиферация, реактивные изменения. В клетчатке между лимфатическими узлами и сосудах определяются метастатические опухолевые эмболы и комплексы аденокарциномы.

Убедительных данных о врастании в паренхиму поджелудочной железы и стенку холедоха в исследуемом материале нет.

Послеоперационный период протекал соответственно значительному объему операции. По результатам гистологического исследования пациенту выставлен заключительный диагноз: «Рак печеночного угла ободочной кишки. ПС стадия (T4vN1M0)». При контрольном рентгенологическом исследовании органов грудной клетки с применением водорастворимого контраста перорально на 7 сутки после оперативного вмешательства: пищевод свободно проходим, желудок резецированной формы, прохождение контраста через анастомоз порционное, распространение по петлям тонкой кишки свободное. Затеков контраста не выявлено.

На 10 сутки у пациента возникла клиническая картина стеноза гепатоеноаноанастомоза, механическая желтуха. Больному выполнена чрескожная чреспеченочная холангиостомия. При проведении ультразвукового исследования органов брюшной полости и грудной клетки были выявлены гепатоспленомегалия, дилатация желчных протоков, диффузно-неоднородные изменения паренхимы печени, обменный гепатоз, диффузные изменения поджелудочной железы.

На 13 сутки после оперативного вмешательства у больного появилась клиника перитонита. В экстренном порядке была выполнена релапаротомия. При визуализации в брюшной полости наблюдалось около 2 л темного жидкого содержимого, аналогичного отделяемому из назогастрального зонда. Жидкость была эвакуирована. Зона желчного анастомоза была недоступна ревизии ввиду наличия выраженного спаечного процесса, убедительные данные о подтекании желчи отсутствуют. Гастроэнтероанастомоз состоятелен, просвет его широкий, однако наблюдается гастростаз. Илеотрансверзоанастомоз состоятелен. Из сальниковой сумки отделялась жидкость, аналогичная отделяемому по назогастральному зонду. Панкреатикогастроанастомоз четко ревизировать невозможно ввиду выраженного спаечного процесса. С учетом характера, отделяемого из сальниковой сумки, имелись косвенные признаки несостоятельности панкреатикогастрального анастомоза. Был проведен интраоперационный консилиум: оптимальным объемом операции выбрано доведение до панкреатэктомии. Культи поджелудочной железы была отсечена от культи желудка с дальнейшим ушиванием последнего. Мобилизована оставшаяся часть поджелудочной железы и селезенка. Выполнены панкреатэктомия, спленэктомия с санацией и дренированием брюшной полости.

Ввиду объема выполненной операции (панкреатэктомия) пациент консультирован эндокринологом в послеоперационном периоде. Выставлен диагноз: «Сахарный диабет (панкреатогенный)». Назначена инсулинотерапия в объеме: инсулин аспарт 10 ЕД 3 раза в день подкожно перед приемами пищи; инсулин деглудек 14 ЕД 1 раз в день подкожно на ночь.

На 8 сутки после релапаротомии у пациента возникла клиника желудочно-кишечного кровотечения. При эзофагогастродуоденоскопии – признаки состоявшегося язвенного кровотечения; язва кардиального отдела, язва анастомозированной тонкой кишки в области анастомотической камеры, анастомозит с язвенными проявлениями; рефлюкс-эзофагит с геморрагическими проявлениями. Проведен эндоскопический гемостаз аргоноплазменной коагуляцией.

Через 2 суток у пациента возникла клиника рецидива желудочно-кишечного кровотечения. Выполнена эзофагогастродуоденоскопия, эндоскопическая картина была аналогичной таковой при предыдущем эпизоде желудочно-кишечного кровотечения. Проведен эндоскопический гемостаз эндоклипированием. Проводились гемостатическая, гемостимулирующая, гемозаместительная, инфузионная и противоязвенная терапии. На 10 сутки после панкреатэктомии дренажи из брюшной полости удалены, состояние пациента стабильное. По холангиостоме выделяется до 600 мл желчи за сутки. При проведении контрольного обследования осложнений хирургического лечения и основного заболевания выявлено не было.

Пациент обсужден на мультидисциплинарном консилиуме в составе абдоминального хирурга, химиотерапевта, радиотерапевта, онколога. Ввиду радикальности проведенного хирургического лечения показано проведение 12 курсов цитотоксической химиотерапии по схеме FOLFOX: оксалиплатин 85 мг/м² в 1 день, кальция фолинат 400 мг/м² с последующим внутривенным болюсным введением 5-фторурацила 400 мг/м² и 46-часовой внутривенной инфузией 5-фторурацила 2400 мг/м²; периодичность 14 дней.

После завершения программы адьювантной противоопухолевой лекарственной терапии пациенту было выполнено контрольное обследование, в ходе которого данных о рецидиве не было обнаружено, что демонстрирует эффективность проведенного хирургического и лекарственного лечения. Холангиостома ликвидирована. Больной состоит на диспансерном наблюдении у онколога по месту жительства в течение 3 лет при отсутствии прогрессирования и рецидива злокачественного процесса.

Заключение. Представленный клинический случай демонстрирует эффективность противоопухолевого комплексного лечения, несмотря на сложность и травматичность проведенного хирургического вмешательства и трудности, возникшие в послеоперационном периоде.

Раскрытие информации. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Disclosure. The authors declare that they have no competing interests.

Вклад авторов. Авторы декларируют соответствие своего авторства международным критериям ICMJE. Все авторы в равной степени участвовали в подготовке публикации: разработка концепции статьи, получение и анализ фактических данных, написание и редактирование текста статьи, проверка и утверждение текста статьи.

Authors' contribution. The authors declare the compliance of their authorship according to the international ICMJE criteria. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

Источник финансирования. Авторы декларируют отсутствие внешнего финансирования для проведения исследования и публикации статьи.

Funding source. The authors declare that there is no external funding for the exploration and analysis work.

Список источников

1. Базаев А. В., Абелевич А. И., Лебедева М. А., Янышев А. А. Хирургические аспекты лечения рака прямой и ободочной кишки // МедиАль. 2018. № 1 (21). С. 70–78.
2. Чур С. Н., Фатеева О. А., Деркачев В. С., Антиперович О. Ф. Хирургическая операция. Предоперационный и послеоперационный периоды. URL: <https://rep.bsmu.by/bitstream/handle/BSMU/36104/978-985-21-1064-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ysclid=lvmb6rluop5963222246>.
3. Земляной В. П., Сингаевский А. Б., Несвит Е. М., Врублевский Н. М., Остапенко Д. А. Особенности клинической картины и возможности диагностики острых перфоративных язв тонкой кишки послеоперационного периода // Вестник Национального медико-хирургического Центра имени Н. И. Пирогова. 2019. Т. 14, № 3. С. 43–46. doi: 10.25881/BPNMSC.2019.98.79.008.
4. Газиев М. А., Кутуков В. В., Якименко Я. А. Динамика изменений клинических показателей крови у пациентов в раннем послеоперационном периоде при гастрэзофагеальном раке при проведении нутритивной поддержки // Астраханский медицинский журнал. 2024. Т. 19, № 2. С. 48–53. doi: 10.17021/1992-6499-2024-2-48-53.
5. Одишелашвили Л. Г., Одишелашвили И. Р., Капланов М. Т. Оценка эмоциональной нагрузки пациентов в послеоперационном периоде // Прикаспийский вестник медицины и фармации. 2023. Т. 4, № 2. С. 32–38. doi: 10.29039/2712-8164-2023-2-32-38.
6. Кулова Л. С., Кобец В. Р. Роль хирурга в профилактике послеоперационных осложнений // Актуальные исследования. 2020. № 10–1. С. 80–84.
7. Шабунин А. В., Багателья З. А., Греков Д. Н., Кулушев В. М., Кренева Е. Л., Лебедько М. С., Соколов Н. Ю., Титов К. С., Подзолкова Н. М. Результаты использования интегральной шкалы оценки рисков послеоперационных осложнений у больных раком ободочной кишки // Хирургия и онкология. 2024. Т. 14, № 2. С. 17–25. doi: 10.17650/2949-5857-2024-14-2-17-25.
8. Попков О. В., Гинюк В. А., Кошевский П. П. Осложнения рака ободочной кишки. URL: https://rep.bsmu.by/bitstream/handle/BSMU/33584/217_218.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
9. Sousa Á. F. L. et al. Late postoperative complications in surgical patients: an integrative review // Revista Brasileira de Enfermagem. 2020. Vol. 73, no. 5. e20190290.
10. Stephenson C. et al. Management of common postoperative complications // Mayo Clinic Proceedings. Elsevier. 2020. Vol. 95, no. 11. P. 2540–2554. doi: 10.1016/j.mayocp.2020.03.008.
11. De la Plaza Llamas R., Ramia J. M. Postoperative complications in gastrointestinal surgery: A “hidden” basic quality indicator // World Journal of Gastroenterology. 2019. Vol. 25, no. 23. P. 2833. doi: 10.3748/wjg.v25.i23.2833.

References

1. Bazaev A. V., Abelevich A. I., Lebedeva M. A., Yanyshv A. A. Surgical aspects of the treatment of colorectal cancer. MediAl. 2018; 1 (21): 70–78 (In Russ.).
2. Chur S. N., Fateeva O. A., Derkachev V. S., Antiperovich O. F. Khirurgicheskaya operatsiya. Predoperatsionnyy i posleoperatsionnyy periody = Surgical operation. Preoperative and postoperative periods. URL: <https://rep.bsmu.by/bitstream/handle/BSMU/36104/978-985-21-1064-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ysclid=lvmb6rluop5963222246> (In Russ.).
3. Zemlyanoy V. P., Singaevskiy A. B., Nesvit E. M., Vrublevskiy N. M., Ostapenko D. A. Clinical features and possibilities of diagnosis of acute postoperative perforative ulcers of the small bowel. Vestnik Natsionalnogo mediko-khirurgicheskogo Tsentra imeni N. I. Pirogova = Bulletin of Pirogov National Medical & Surgical Center. 2019; 14 (3): 43–46. doi: 10.25881/BPNMSC.2019.98.79.008 (In Russ.).

4. Gaziev M. A., Kutukov V. V., Yakimenko Ya. A. Dynamics of changes in clinical blood parameters in patients in the early postoperative period with gastroesophageal cancer during nutritional support. *Astrakhanskiy meditsinskiy zhurnal = Astrakhan Medical Journal*. 2024; 19 (2): 48–53. doi: 10.17021/1992-6499-2024-2-48-53 (In Russ.).
5. Odishelashvili L. G., Odishelashvili I. R., Kaplanov M. T. Assessment of the emotional burden of patients in the postoperative period. *Prikaspiyskiy vestnik meditsiny i farmatsii = Caspian Journal of Medicine and Pharmacy*. 2023; 4 (2): 32–38. doi: 10.29039/2712-8164-2023-2-32-38 (In Russ.).
6. Kulova L. S., Kobets V. R. The role of the surgeon in the prevention of postoperative complications. *Aktualnye issledovaniya = Current research*. 2020; 10 (1): 80–84 (In Russ.).
7. Shabunin A. V., Bagatelia Z. A., Grekov D. N. et al. Results of the use of an integrated risk scale for postoperative complications in patients with colorectal cancer. *Khirurgiya i onkologiya = Surgery and Oncology* 2024; 14 (2): 17–25. doi: 10.17650/2949-5857-2024-14-2-17-25 (In Russ.).
8. Popkov O. V., Ginyuk V. A., Koshevskiy P. P. Complications of colon cancer. URL: https://rep.bsmu.by/bitstream/handle/BSMU/33584/217_218.pdf?sequence=1&isAllowed=y. (In Russ.).
9. Sousa Á. F. L. et al. Late postoperative complications in surgical patients: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2020; 73 (5): e20190290.
10. Stephenson C. et al. Management of common postoperative complications. *Mayo Clinic Proceedings*. Elsevier. 2020; 95 (11): 2540–2554. doi: 10.1016/j.mayocp.2020.03.008.
11. De la Plaza Llamas R., Ramia J. M. Postoperative complications in gastrointestinal surgery: A “hidden” basic quality indicator. *World Journal of Gastroenterology*. 2019; 25 (23): 2833. doi: 10.3748/wjg.v25.i23.2833.

Информация об авторах

Я. А. Якименко, аспирант кафедры онкологии и лучевой терапии, Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань, Россия, e-mail: maleeva.yaroslavna@yandex.ru;

В. В. Кутуков, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой онкологии и лучевой терапии, Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань, Россия, e-mail: kutukov2006@mail.ru;

Д. Н. Богомолов, заведующий эндоскопическим отделением, Областной клинический онкологический диспансер, Астрахань, Россия, e-mail: dbogomolov.endo@gmail.com;

М. А. Газиев, заведующий торакальным отделением, Областной клинический онкологический диспансер, Астрахань, Россия, e-mail: marat10_1@mail.ru.

Information about the authors

Ya. A. Yakimenko, postgraduate student, Astrakhan State Medical University, Astrakhan, Russia, e-mail: maleeva.yaroslavna@yandex.ru;

V. V. Kutukov, Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Department, Astrakhan State Medical University, Astrakhan, Russia, e-mail: kutukov2006@mail.ru;

D. N. Bogomolov, Head of the Department, Regional Clinical Oncological Dispensary, Astrakhan, Russia, e-mail: dbogomolov.endo@gmail.com;

M. A. Gaziev, Head of the Department, Regional Clinical Oncological Dispensary, Astrakhan, Russia, e-mail: marat10_1@mail.ru.

Статья поступила в редакцию 08.08.2024; одобрена после рецензирования 10.09.2024; принята к публикации 18.09.2024.

The article was submitted 08.08.2024; approved after reviewing 10.09.2024; accepted for publication 18.09.2024.