

# ОТДАЛЕННЫЙ (ДЕСЯТИЛЕТНИЙ) РЕЗУЛЬТАТ КОМБИНИРОВАННОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ПРАВОГО ИЗГИБА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ С ВРАСТАНИЕМ В ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ И ЖЕЛУДОК С ОБРАЗОВАНИЕМ ЖЕЛУДОЧНО-ТОЛСТОКИШЕЧНОГО СВИЩА

УДК 616.348–006+616.34–006+616.366–006–007.253–07.97

Поступила 24.06.2011 г.



**В.А. Овчинников**, д.м.н., профессор, зав. кафедрой общей хирургии им. А.И. Кожевникова

Нижегородская государственная медицинская академия, Н. Новгород, 603005, пл. Минина и Пожарского, 10/1

Представлен успешный отдаленный (десятилетний) результат комбинированной операции у больного с низкодифференцированной слизистой аденокарциномой правого изгиба поперечно-ободочной кишки с врастанием в желчный пузырь и желудок с образованием желудочно-толстокишечного свища (fistula gastro-colica). Выполнена холецистэктомия, резекция желудка и правосторонняя гемиколэктомия. При обследовании через десять лет после операции рецидива и диссеминации не выявлено.

**Ключевые слова:** местно-распространенный рак ободочной кишки, желудочно-толстокишечный свищ, комбинированная операция при раке.

## English

## Long-term 10-years' result of the combined operation in cancer of right flexure of colon with ingrowth in gallbladder and stomach forming gastro-colic fistula

**V.A. Ovchinnikov**, D.Med.Sc., Professor, Head of the Department of General Surgery named after A.I. Kozhevnikov

Nizhny Novgorod State Medical Academy, Minin and Pozharsky Square, 10/1, Nizhny Novgorod, 603005

There has been represented a successful long-term (ten-years') result of a combined operation in the patient with low-grade differentiated mucous adenocarcinoma of right flexure of transverse colon with ingrowth in gallbladder and stomach forming gastro-colic fistula (fistula gastro-colica). Cholecystectomy, gastrectomy and right hemicolectomy were performed. After ten years after the operation there was neither recurrence nor dissemination revealed.

**Key words:** locally advanced colon cancer, gastro-colic fistula, a combined operation in cancer.

Несмотря на широкое внедрение в практику высокоинформативных методов диагностики, позволяющих выявить рак ободочной кишки в начальных стадиях развития, частота его распространенных форм не умень-

шается. В опухолевый процесс могут быть вовлечены любой орган брюшной полости и брюшная стенка. Сравнительно редким осложнением местно-распространенного рака ободочной кишки является образова-

Для контактов: Овчинников Вадим Александрович, тел. раб. 8(831)438-91-19, тел. моб. +7951-918-73-90; e-mail: Ovchinnikov.chief@yandex.ru

ние свища между ней и желудком или двенадцатиперстной кишкой. Статистическая оценка этого осложнения отсутствует. Имеются сообщения об единичных наблюдениях образования свища между поперечно-ободочной кишкой и желудком [1–3], между ободочной кишкой и двенадцатиперстной кишкой [4, 5]. В начале распространения рака ободочной кишки на соседние ткани и органы не наблюдается каких-либо специфических проявлений. Даже при вовлечении в опухолевый процесс других отделов кишечника клинические признаки этого осложнения отсутствуют и оно обнаруживается только при лапаротомии. Образование свищей между поперечно-ободочной кишкой и желудком или двенадцатиперстной кишкой может сопровождаться диспептическими и кишечными расстройствами и тяжелыми общими нарушениями. Наиболее точную информацию о наличии свища позволяют получить рентгеноконтрастные и эндоскопические методы исследования.

При местно-распространенном раке ободочной кишки, в том числе и с образованием внутренних свищей, применяются комбинированные операции. Эти операции, несмотря на тяжесть и травматичность, вполне оправданы, так как многим больным они продлевают срок жизни, а некоторым дают возможность добиться стойкого выздоровления [6].

В хирургической клинике им. А.И. Кожевникова Нижегородской клинической областной больницы им. Н.А. Семашко за последние 10 лет на лечении находилось 11 больных с местно-распространенным раком поперечно-ободочной кишки в области правого или левого ее изгибов. У трех больных опухоль вросла в желудок с образованием желудочно-толстокишечного свища, у двух из них — из левого изгиба в большую кривизну желудка, у одного — из правого изгиба в антральный отдел его. При обследовании до операции наличие свища было установлено у 2 из 3 больных. Всем пациентам успешно выполнены комбинированные операции. Двое больных после вмешательства прожили более 4 лет и погибли от диссеминации процесса. Третий больной после операции живет 10 лет. Приводим историю болезни этого пациента.

*Больной С., 48 лет, поступил в хирургическую клинику им. А.И. Кожевникова 17.09.2001 г. с жалобами на боли в правом подреберье, слабость, жидкий стул, повышение температуры тела до 38,0°C. Больным себя считает с апреля 2001 г. В июле-августе этого года обследовался амбулаторно. При компьютерной томографии и фиброколоноскопии выявлено объемное образование ободочной кишки с вовлечением в процесс правой доли печени и желчного пузыря. При поступлении в клинику общее состояние больного было средней тяжести, пульс — 74 в минуту, ритмичный, АД — 120/80 мм рт. ст., дыхание — везикулярное, в правом подреберье прощупывался болезненный инфильтрат до 5 см в диаметре. Анализ крови от 18.09: умеренно выраженная анемия (Hb — 95 г/л).*

*УЗИ от 18.09: в области правого изгиба ободочной кишки лоцируется очаг неправильной формы, пониженной эхогенности, неоднородной структуры, размерами 55x48 мм.*

*24.09 выполнена фиброгастроскопия — в антральном отделе желудка выявлена хроническая язва, в биоптате из края язвы отмечена только дисплазия эпителия I-II степени. При фиброколоноскопии от 24.09 обнаружена циркулярная опухоль правого изгиба ободочной кишки, однако в биоптате из нее установлена только воспалительная инфильтрация подслизистого и мышечного слоев.*

*С диагнозом «рак правого изгиба ободочной кишки с вращением в печень» 27.09 предпринято оперативное вмешательство. Выполнено верхнесрединное чревосечение с частичным пересечением прямой мышцы живота справа от пупка. При ревизии обнаружен опухолевый конгломерат, состоящий из опухоли правого изгиба ободочной кишки, врастающей в заднюю стенку антрального отдела желудка и в желчный пузырь. В брыжейке кишки рядом с опухолью отмечены увеличенные лимфатические узлы. В печени метастатических узлов не было. Во время мобилизации желчного пузыря из конгломерата получены небольшое количество густого гноя без запаха и масса слизистого детрита. При этом вскрылся просвет желудка, выявлено его сообщение с просветом ободочной кишки. Срочное гистологическое исследование детрита позволило установить наличие слизистого рака. Желчный пузырь выделен от шейки. Перевязаны и пересечены его проток и артерия. Пузырь удален. Произведена электрокоагуляция ложа желчного пузыря. Мобилизованы дистальные две трети желудка и начальный отдел двенадцатиперстной кишки, правый изгиб ободочной кишки, восходящая и слепая кишка и 20 см подвздошной кишки. Произведены резекция двух третей желудка с наложением позадиободочного гастроэнтероанастомоза на короткой петле и правосторонняя гемиколэктомия с наложением илеотрансверзоанастомоза по типу «конец в бок» двухрядными узловыми швами с использованием атравматичного шовного материала. Выполнен контроль на гемостаз. В правый боковой канал введен двухпросветный активный дренаж. Брюшная стенка ушита.*

**Препараты** — желчный пузырь с утолщенной стенкой без изменений слизистой оболочки, толстая кишка с опухолью правого изгиба, врастающей в желудок с образованием фистулы, дистальные две трети желудка.

*Послеоперационный период протекал относительно гладко. Первые сутки больной находился в отделении реанимации и интенсивной терапии на искусственной вентиляции легких. В течение недели внутривенно вводился Тиенам по 500 мг 3 раза в сутки и Метрогил по 100 мл 2 раза. Температура тела выше 37,4°C не поднималась. Рана зажила первичным натяжением. Выписан в удовлетворительном состоянии через две недели после операции.*

**Гистологическое исследование препарата от 03.10:** низкодифференцированная слизистая аденокарцинома ободочной кишки с изъязвлением, некрозами, с вращением в мышечный слой стенки желудка до подслизистого слоя. В желчном пузыре со стороны серозного покрова — явления подострого воспаления и перипроцесса. В лимфатических узлах — гиперплазия, метастазов нет. В границах резекции опухолевого роста нет.

*Спустя 10 лет после операции больной жалоб не предъявляет, работает. С 24.06 по 01.07.2011 г. находился на контрольном обследовании в клинике. При ультразву-*

ковом исследовании органов брюшной полости и почек патологии не обнаружено. При эзофагогастродуодено-фиброскопии выявлены признаки гастрита культи желудка с атрофией слизистой оболочки. Слизистая оболочка зоны анастомоза не изменена, анастомоз легко проходим. Слизистая оболочка осмотренной части тощей кишки не изменена. Фиброколоноскопия показала: слизистая оболочка в зоне илеотрансверзоанастомоза — розовая, не изменена. Анастомоз — широкий, легко проходим. В осмотренной части подвздошной кишки патологии не обнаружено.

### Литература

1. Бондарь Г.В., Звездин В.П., Ладур А.И., Куприенко Н.В. Результаты первично-восстановительных комбинированных операций при раке толстой кишки с резекцией других полых органов. Вестник хирургии им. И.И. Грекова 1991; 7–8: 49–51.
2. Мустафин Т.И. Благоприятный исход лечения больного раком поперечно-ободочной кишки с желудочно-ободочно-кожным свищом и в сочетании с кишечной непроходимостью. Вестник хирургии им. И.И. Грекова 1994; 5–6: 63–64.
3. Фильков А.П., Козлов М.И. Первично-восстановительная операция с благоприятным исходом при раке поперечной ободочной кишки, осложнившейся пенетрацией в тело желудка

с образованием внутреннего свища. Вестник хирургии им. И.И. Грекова 1999; 2: 67.

4. Miller L.D., Boruchow I.B., Pitts W.T. An analysis of 284 patients with perforative carcinoma of the colon. *Surg Obstet* 1966; 123(96): 1212–1218.
5. Блохин Н.Н. Диагностика и лечение рака ободочной и прямой кишки. М: Медицина; 1981; 256 с.
6. Симонов Н.Н., Дунаевский И.В., Леоненков В.В., Рязанкина А.А., Митрохина М.В., Шабут А.М. Правосторонняя гемиколэктомия в сочетании с гастропанкреатодуоденальной резекцией при местно-распространенном раке ободочной кишки. Вестник хирургии им. И.И. Грекова 1998; 3: 89–90.

### References

1. Bondar' G.V., Zvezdin V.P., Ladur A.I., Kuprienko N.V. *Vestn Hir Im II Grekova* 1991; 7–8: 49–51.
2. Mustafin T.I. *Vestn Hir Im II Grekova* 1994; 5–6: 63–64.
3. Fil'kov A.P., Kozlov M.I. *Vestn Hir Im II Grekova* 1999; 2: 67.
4. Miller L.D., Boruchow I.B., Pitts W.T. An analysis of 284 patients with perforative carcinoma of the colon. *Surg Obstet* 1966; 123(96): 1212–1218.
5. Blokhin N.N. Diagnostika i lechenie raka obodochnoy i pryamoy kishki [Diagnostics and treatment of colon and rectal cancer]. Moscow: Meditsina; 1981; 256 p.
6. Simonov N.N., Dunaevskiy I.V., Leonenkov V.V., Ryazankina A.A., Mitrokhina M.V., Shabut A.M. *Vestn Hir Im II Grekova* 1998; 3: 89–90.