

СОЧЕТАННОЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА СИГМОВИДНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОГО КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ, У ПАЦИЕНТА С КРАЙНЕЙ СТЕПЕНЬЮ ОЖИРЕНИЯ

УДК (616.349–006.6–06+616.34–007.044+056.52)–089.81

Поступила 4.10.2013 г.



А.В. Шахов, к.м.н., зав. хирургическим отделением;

А.А. Лаганин, врач-эндоскопист;

В.В. Ершов, д.м.н., профессор, врач-хирург хирургического отделения;

Е.В. Клейментьев, врач-хирург хирургического отделения

Городская клиническая больница №30, Н. Новгород, 603084, ул. Березовская, 85а

Описан случай сочетанного эндоскопического лечения (предварительное стентирование опухоли с последующей лапароскопически-ассистированной радикальной операцией) рака сигмовидной кишки, осложненного кишечной непроходимостью. Пациент страдал ожирением IV степени и ранее перенес левостороннюю нефрэктомию, что создало дополнительный спаечный процесс в зоне операции.

Ключевые слова: рак сигмовидной кишки; кишечная непроходимость; стентирование опухоли; лапароскопически-ассистированная резекция толстой кишки.

English

Combined Endoscopic Therapy of Sigmoid Colon Cancer Complicated by Bowel Obstruction in an Extremely Obese Patient

A.V. Shakhov, PhD, Head of the Surgical Department;

A.A. Laganin, Endoscopist;

V.V. Ershov, D.Med.Sc., Professor, Surgeon, the Surgical Department;

E.V. Kleimentiev, Surgeon, the Surgical Department

City Clinical Hospital No.30, Berezovskaya St., 85a, Nizhny Novgorod, Russian Federation, 603084

There has been described a case of combined endoscopic therapy (tumor pre-stenting followed by laparoscopy-assisted radical surgery) of sigmoid colon cancer complicated by bowel obstruction. A patient suffered from stage IV obesity and had undergone left nephrectomy before, which resulted in a secondary adhesive process in surgical area.

Key words: sigmoid colon cancer; bowel obstruction; tumor stenting; laparoscopy-assisted colon resection.

Неотложная хирургия острой опухолевой толстокишечной непроходимости (ОТКН) связана со значительным риском осложнений и смертности (до 30% и выше),

а также с высоким процентом образования постоянных или временных колостом (до 67%), особенно при левосторонней локализации опухоли [1, 2].

Для контактов: Ершов Владимир Васильевич, тел. моб. +7 910-388-72-73; e-mail: vladimir.vas.ershov@gmail.com

В последние десятилетия получили распространение эндохирургические методики восстановления пассажа кишечного содержимого, которые могут быть как дополнением, так и альтернативой хирургическому лечению ОТКН. Одной из таких методик является стентирование зоны сужения саморасправляющимися металлическими устройствами (Self-expandable stent — SEMS). В 1991 г. M. Dohmoto представил первый опыт применения SEMS в качестве паллиативного метода лечения при злокачественной толстокишечной непроходимости [3]. В 1994 г. E. Tejero с соавт. опубликовали первый отчет о лечении 2 пациентов с опухолевым стенозом толстой кишки, у которых стентирование стало предварительным этапом перед хирургическим вмешательством [4].

А.Г. Федоров с соавт. в 2010–2011 гг. [5] выполнили 6 имплантаций колоректальных стентов у 5 пациентов. В одном случае кишечная непроходимость носила острый характер и стентирование было выполнено в экстренном порядке, в четырех случаях диагностирована частичная непроходимость.

Лапароскопическая колоректальная хирургия зародилась в начале 90-х гг. XX в., когда Moises Jacobs в Майами, штат Флорида, в июне 1990 г. выполнил первую в мире лапароскопически-ассистированную правостороннюю гемиколэктомию с формированием экстракорпорального анастомоза через мини-лапаротомный разрез. В этом же году P. Lahey произвел резекцию сигмовидной кишки, а D. Flower — левостороннюю гемиколэктомию по поводу рака [6].

В настоящее время лапароскопические резекции при раке толстой кишки получили широкое распространение во всем мире, однако в России они применяются гораздо реже, что связано с высокой стоимостью стента и оборудования. Ожирение крайней степени и предшествующие операции на брюшной полости значительно ограничивают возможности лапароскопической хирургии.

Приводим собственное наблюдение.

Больной Ч., 68 лет, поступил в хирургическое отделение Городской клинической больницы №30 8.09.2013 г. с жалобами на задержку отхождения стула и газов в течение трех дней. Больной страдает гипертонической болезнью, ожирением IV степени (масса тела 128 кг при росте 182 см), 12 лет назад перенес левостороннюю нефрэктомия по поводу мочекаменной болезни. На обзорной рентгенограмме брюшной полости определялись единичные толстокишечные чаши Клойбера. После спазмолитической терапии и очистительной клизмы самочувствие улучшилось, отошли газы. Однако через некоторое время живот снова вздулся, перестали отходить газы. 13.09 на обзорной рентгенограмме вновь стали определяться множественные чаши Клойбера. От предложенной открытой операции с возможным выведением колостомы больной отказывался. Выполнена колоноскопия, при которой в 40 см от заднего прохода выявлена стенозирующая опухоль толстой кишки. Ввиду отсутствия на момент исследования стента была проведена баллонная дилатация просвета опухоли — при этом отошло некоторое количество



Рис. 1. Через просвет опухоли при колоноскопии заведен проводник со стентом

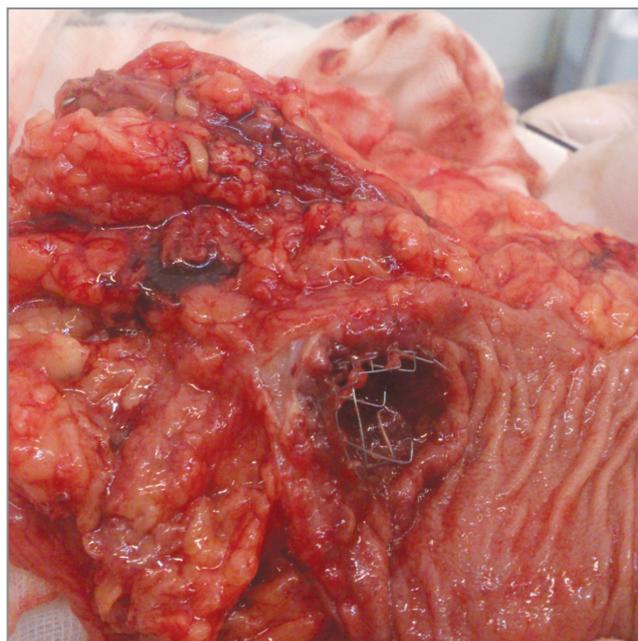


Рис. 2. Удаленная опухоль сигмовидной кишки в просвете опухоли — стент

газов и кишечного отделяемого. Пациенту выполнено три очистительных клизмы.

Через 7 ч, когда был доставлен непокрытый SEMS (Hanarostent, M.I. Tech, Корея), произведено эндоскопическое стентирование просвета опухоли (рис. 1). Продолжительность процедуры составила 57 мин. В течение 3 сут у пациента обильно отходили газы, был многократный стул. Рентгенологически перестали определяться чаши Клойбера. После дообследования (УЗИ,

гистологическое исследование опухоли, общеклиническое обследование) — через 12 дней после стентирования — выполнена лапароскопически-ассистированная резекция сигмовидной кишки с лимфодиссекцией (продолжительность операции 1 ч 50 мин). Длина разреза в левой подвздошной области составила 7 см. В ходе операции отмечен спаечный процесс в области люмботомического рубца, что потребовало дополнительного разделения сращений.

Гистологическое исследование препарата 1.10: циркулярная стенозирующая умеренно-дифференцированная темноклеточная аденокарцинома на протяжении 5 см, прорастающая всю стенку кишки, в одном лимфоузле — метастаз опухоли. Линия резекции кишки — в пределах здоровых тканей (рис. 2). Окончательный диагноз: «рак сигмовидной кишки T₃N₁M₀».

Больной выписан без осложнений на 6-е сутки в удовлетворительном состоянии с рекомендациями лечения у онколога, включая полихимиотерапию.

Комбинированное использование внутриспросветного эндоскопического стентирования и лапароскопически-ассистированной резекции толстой кишки позволило без осложнений выполнить радикальное лечение пациента с крайней степенью ожирения, который страдал раком сигмовидной кишки, осложненным кишечной непроходимостью, не прибегая к стомированию.

Литература

1. Hsu T.C. Comparison of one-stage resection and anastomosis of acute complete obstruction of left and right colon. *Am J Surg* 2005 Apr; 189(4): 384–387, <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjsurg.2004.06.046>.
2. Alvarez J.A., Baldonado R.F., Bear I.G., Truan N., Pire G., Alvarez P. Presentation, treatment, and multivariate analysis of risk factors for obstructive and perforative colorectal carcinoma.

Am J Surg 2005; 190(3): 376–382, <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjsurg.2005.01.045>.

3. Dohmoto M. New method-endoscopic implantation of rectal stent in palliative treatment of malignant stenosis. *Endosc Digest* 1991; 3: 1507–1512.
4. Tejero E., Mainar A., Fernández L., Tobío R., De Gregorio M.A. New procedure for the treatment of the colorectal neoplastic obstructions. *Dis Colon Rectum* 1994; 37(11): 1158–1159.
5. Федоров А.Г., Давыдова С.В., Климов А.Е., Потанина О.В. Восстановление пассажа содержимого толстой кишки при опухолевой непроходимости. *Тихоокеанский медицинский журнал* 2011; 4: 10–13.
6. Jacobs M., Verdeja J.C., Goldstein H.S. Minimally invasion colon resection (laparoscopic colectomy). *Surg Laparosc Endosc* 1991; 1(3): 144–150.

Reference

1. Hsu T.C. Comparison of one-stage resection and anastomosis of acute complete obstruction of left and right colon. *Am J Surg* 2005 Apr; 189(4): 384–387, <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjsurg.2004.06.046>.
2. Alvarez J.A., Baldonado R.F., Bear I.G., Truan N., Pire G., Alvarez P. Presentation, treatment, and multivariate analysis of risk factors for obstructive and perforative colorectal carcinoma. *Am J Surg* 2005; 190(3): 376–382, <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjsurg.2005.01.045>.
3. Dohmoto M. New method-endoscopic implantation of rectal stent in palliative treatment of malignant stenosis. *Endosc Digest* 1991; 3: 1507–1512.
4. Tejero E., Mainar A., Fernández L., Tobío R., De Gregorio M.A. New procedure for the treatment of the colorectal neoplastic obstructions. *Dis Colon Rectum* 1994; 37(11): 1158–1159.
5. Fedorov A.G., Davydova S.V., Klimov A.E., Potanina O.V. Vosstanovlenie passazha soderzhimogo tolstoy kishki pri opukholevoy neprokhodimosti [Restoration of colon content passage in tumor obstruction]. *Tikhookeanskiy meditsinskiy zhurnal — Pacific Medical Journal* 2011; 4: 10–13.
6. Jacobs M., Verdeja J.C., Goldstein H.S. Minimally invasion colon resection (laparoscopic colectomy). *Surg Laparosc Endosc* 1991; 1(3): 144–150.