

МИНИ-ИНВАЗИВНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОГО ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

А.И. Чернооков¹, А.Г. Мыльников², А.Н. Гарунов², Л.А. Маринова², М.М. Каранетян²,
М.В. Косаченко², С.А. Заводчиков¹, А.П. Моисеев^{1*}

¹ ФГБОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Российская Федерация

² ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.С. Юдина Департамента здравоохранения г. Москвы», Москва, Российская Федерация

* Контактная информация: Моисеев Александр Павлович, аспирант кафедры госпитальной хирургии № 2 лечебного факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. E-mail: sanpali4@yandex.ru

РЕЗЮМЕ

Клинический случай демонстрирует возможность успешного и безопасного применения стентирования толстой кишки для лечения кишечной непроходимости и последующей лапароскопической радикальной операции при правосторонней локализации опухоли толстой кишки. Использование стентирования толстой кишки в качестве «моста к хирургии» позволяет улучшить непосредственные результаты и выживаемость среди пожилых больных с осложненным раком правой половины толстой кишки и тяжелой сопутствующей патологией.

Ключевые слова:

опухолевая толстокишечная непроходимость, саморасширяющиеся металлические стенты, правосторонняя гемиколэктомия

Ссылка для цитирования

Чернооков А.И., Мыльников А.Г., Гарунов А.Н. и др. Мини-инвазивный подход в лечении рака правой половины толстой кишки, осложненного толстокишечной непроходимостью. Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь. 2017; 6(2): 162–169. DOI: 10.23934/2223-9022-2017-6-2-162–169

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликтов интересов

Благодарности

Исследование не имеет спонсорской поддержки

КТ — компьютерная томография

ОТКН — опухолевая толстокишечная непроходимость

SEMS — *self-expandable metallic stents*

ВВЕДЕНИЕ

Опухолевая толстокишечная непроходимость (ОТКН) остается сложной проблемой неотложной хирургии и характеризуется высоким уровнем летальности и большой частотой ранних послеоперационных осложнений [1]. Хирургическая тактика при левосторонней и правосторонней локализации опухоли, являющейся причиной непроходимости кишечника, значительно различается [1, 2].

При левосторонней ОТКН преимущественно выполняется обструктивная резекция с наложением концевой стомы, формирование паллиативной колостомы, стентирование саморасширяющимися металлическими стентами (*self-expandable metallic stents* — SEMS), однако возможно выполнение и резекции кишки с первичным анастомозом на высоте ОТКН [1]. В случае локализации опухоли в правой половине толстой кишки «стандартом» вмешательства при ОТКН остается «открытая» правосторонняя гемиколэктомия с первичным межкишечным анастомозом [1–3]. Стентирование при локализации стенозирующей опухоли в правой половине толстой кишки выполняется сравнительно нечасто (в 4–5% случаев) [3, 4] по сравнению с левосторонней локализацией. Это обуслов-

лено применением преимущественно одноэтапной резекции кишки при правосторонней локализации опухоли [3, 5] и более низкой частотой технического и клинического успеха стентирования при разрешении правосторонней ОТКН, что отмечено в некоторых исследованиях [3]. Тем не менее, другими работами доказана эффективность и безопасность стентирования опухолевых стенозов правой половины толстой кишки [5–7]. Успешное стентирование достигается в 86–95% случаев, что сопоставимо с результатами установки стента при левостороннем раковом поражении ободочной кишки [3–5, 8].

В то же время летальность после экстренной правосторонней гемиколэктомии на высоте ОТКН достигает 10% [9]. Такие цифры обусловлены преклонным возрастом больных, тяжестью сопутствующих заболеваний, стадией основного злокачественного заболевания [4]. Для снижения негативных последствий экстренных операций на высоте ОТКН в настоящее время активно применяется тактика «моста к хирургии» (*“bridge to the surgery”*), заключающаяся в стентировании опухолевой стриктуры и выполнении последующей радикальной отсроченной операции с первичным анастомозом,

зачастую с использованием лапароскопического доступа [2]. Данный подход наиболее часто применяется при хирургическом лечении левосторонней ОТКН.

Приводим клинический случай применения данной тактики у больного с правосторонней локализацией опухоли толстой кишки, осложнившейся развитием декомпенсированной толстокишечной непроходимости.

Больной Б., 74 лет, поступил в ГБУЗ «ГКБ имени С.С. Юдина ДЗМ» 11.04.2016 г. с жалобами на тошноту, рвоту, боли в средних отделах живота, задержку отхождения стула и газов в течение 3 сут.

Из анамнеза известно, что длительное время у больного возникают запоры, в последние 2 месяца были умеренные боли в животе, в течение 3 последних месяцев похудел на 12 кг. Больной страдает гипертонической болезнью III стадии, ишемической болезнью сердца, пароксизмальной формой фибрилляции предсердий, аденомой предстательной железы, в 2010 г. перенес инфаркт миокарда.

При поступлении больной находился в состоянии средней тяжести. Рост — 174 см при массе тела 88 кг. Кожные покровы бледные, сухие. Отеков нет. В легких выслушивается жесткое дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены. Пульс составил 100 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 110/70 мм рт.ст. Язык суховат. Живот вздут, мягкий, болезненный в средних отделах. Перитонеальные симптомы не определяются. Выявлен положительный симптом Склярова. При пальцевом исследовании прямой кишки — сфинктер тоничен, ампула прямой кишки пуста.

На обзорной рентгенограмме брюшной полости выявлены множественные тонкокишечные и толстокишечные уровни жидкости в тонкой и толстой кишках (рис. 1). При ультразвуковом исследовании брюшной полости определяются расширенные петли кишечника с маятникообразным движением содержимого, свободной жидкости не выявлено. При поступлении установлен диагноз: острая обтурационная кишечная непроходимость.

Больному в хирургическом отделении начата инфузионная, прокинетическая терапия, при введении назогастрального зонда эвакуировано до 400 мл застойного

желудочного отделяемого. После очистительной клизмы отошло скудное количество каловых масс и газов, пациент отметил незначительное улучшение самочувствия.

Принимая во внимание возраст, анамнез, клиническую картину заболевания, у больного, в качестве наиболее вероятной причины непроходимости заподозрено опухолевое поражение толстой кишки. Для разрешения непроходимости решено использовать эндоскопическое колоректальное стентирование. Учитывая отсутствие перитонеальной симптоматики, стабильную гемодинамику, для уточнения причины непроходимости, локализации обтурации, исключения противопоказаний к стентированию (перфорация опухоли, параколический абсцесс, некроз и/или ишемия кишки, угроза диастатической перфорации толстой кишки) в экстренном порядке выполнена компьютерная томография (КТ) брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием. На КТ брюшной полости выявлено выраженное расширение петель тонкой кишки (преимущественно подвздошной), слепой и восходящей ободочной кишок. Диаметр слепой кишки составил 88 мм. В области печеночного изгиба с переходом на поперечную ободочную кишку определяется циркулярное сужение просвета, локальное утолщение стенок кишки.

Через 14 ч после поступления больному произведена фиброколоноскопия. В проксимальной трети поперечной ободочной кишки выявлено циркулярное опухолевидное образование, стенозирующее просвет до 2–3 мм. Поверхность его мелкобугристая, рыхлая, гиперемизованная, с налетами фибрина, контактно кровоточива. Выполнена биопсия 4 фрагментов поверхности опухоли. Дистальная часть толстой кишки при эндоскопическом исследовании — без патологических изменений. Под комбинированным эндоскопическим и рентгенологическим контролем через инструментальный канал колоноскопа произведено стентирование опухолевой стриктуры протяженностью 3 см непокрытым саморасширяющимся металлическим стентом *WallFlex Colonic (Boston Scientific Corporation, USA)* диаметром 22 мм и длиной 60 мм (рис. 2).

После начала раскрытия стента из супрастенотических отделов толстой кишки сразу же отмечено поступление жидких каловых масс.

В течение двух суток после установки стента у больного отмечался многократный стул, обильно отошли газы, вздутие живота уменьшилось. При контрольной обзорной рентгенографии брюшной полости в первые сутки после стентирования отмечено значительное уменьшение количества уровней, отсутствие свободного газа, адекватное состояние стента в проекции проксимальных отделов поперечной ободочной кишки (рис. 3).

Со вторых суток после стентирования начато пероральное питание пациента. Больному проводили комплексное консервативное лечение. Дообследование больного включало эхокардиографию с доплерометрией, эзофагогастродуоденоскопию, КТ органов грудной полости. После коррекции сопутствующей патологии, получения результатов гистологического исследования (высокодифференцированная аденокарцинома) и онкологического консилиума решено выполнить отсроченную радикальную операцию.

На 10-е сутки после установки стента выполнена лапароскопически-ассистированная расширенная правосторонняя гемиколэктомия с лимфодиссекцией D2. При видеоревизии канцероматоза брюшины и отдаленных метастазов не выявлено, отмечены единичные увеличенные лимфатические узлы по ходу правой ободочной

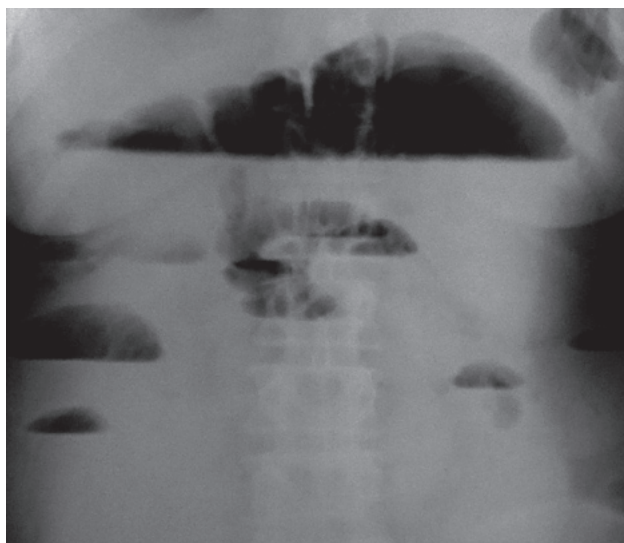


Рис. 1. Множественные тонкокишечные и толстокишечные уровни жидкости (обзорная рентгенограмма брюшной полости в прямой проекции)

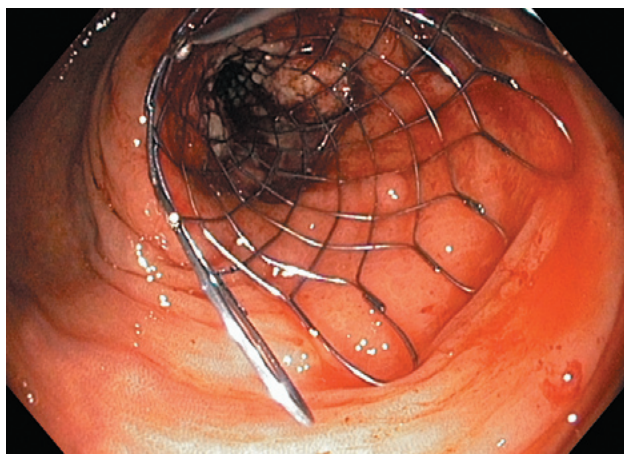


Рис. 2. Металлический стент, установленный в область опухолевой стриктуры (эндофото)

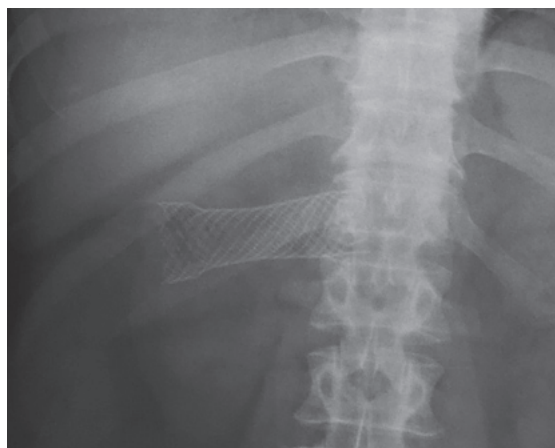


Рис. 3. Металлический стент на вторые сутки после его установления в область опухолевой стриктуры толстой кишки (обзорная рентгенограмма брюшной полости в прямой проекции)

артерии. Опухоль, прорастающая серозную оболочку, располагалась в проксимальной трети поперечно-ободочной кишки, размер опухоли составил 5х6 см. После лапароскопической мобилизации правой половины толстой кишки с клипированием и пересечением подвздошно-ободочной, правой ободочной, средней ободочной артерий с лимфодиссекцией D2 выполнена мини-лапаротомия в эпигастральной области. Произведена правосторонняя расширенная гемиколэктомия с экстракорпоральным формированием аппаратного илеотрансверзоанастомоза.

Гистологическое исследование от 05.05.2016: циркулярная, стенозирующая высокодифференцированная аденокарцинома, прорастающая все слои кишки. В одном из лимфоузлов обнаружен метастаз опухоли. Линия резекции кишки — в пределах здоровых тканей.

Окончательный диагноз сформулирован как «рак поперечной ободочной кишки рТ3N1M0».

Течение послеоперационного периода гладкое, без осложнений. Перистальтика восстановилась на 3-и сутки послеоперационного периода. На 6-е сутки после операции больной выписан в удовлетворительном состоянии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Приведенное наблюдение демонстрирует возможность выполнения радикальной операции в отсроченном порядке по онкологическим принципам у пожилого больного с исходно декомпенсированной опухолевой толстокишечной непроходимостью благодаря применению стентирования в качестве «моста» к отсроченному вмешательству. Комбинация установки SEMS и последующей радикальной операции с применением видеолапароскопии явилась в данном наблюдении альтернативой экстренной операции на высоте опухолевой непроходимости проксимального отдела поперечной ободочной кишки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Yeo H., Lee S. Colorectal emergencies: review and controversies in the management of large bowel obstruction. *J Gastrointest Surg.* 2013; 17(11): 2007–2012. PMID: 24048614. DOI: 10.1007/s11605-013-2343-x.
2. van Hooft J., van Halsema E., Vanbiervliet G., et al. Self-expandable metal stents for obstructing colonic and extracolonic cancer: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. *Gastrointest Endosc.* 2014; 80(5): 747–761. PMID: 25436393. DOI: 10.1016/j.gie.2014.09.018.
3. Cho Y., Kim S., Lee B., et al. Clinical outcome of self-expandable metal stent placement in the management of malignant proximal colon obstruction. *Gut Liver.* 2011; 5(2): 165–170. PMID: 21814596. DOI: 10.5009/gnl.2011.5.2.165.
4. Yao L., Zhong Y., Xu M., et al. Self-expanding metallic stents drainage for acute proximal colon obstruction. *World J Gastroenterol.* 2011; 17(28): 3342–3346. PMID: 21876623. DOI: 10.3748/wjg.v17.i28.3342.
5. Repici A., Adler D., Gibbs C., et al. Stenting of the proximal colon in patients with malignant large bowel obstruction: techniques and outcomes. *Gastrointest Endosc.* – 2007; 66(5): 940–944. PMID: 17963881. DOI: 10.1016/j.gie.2007.04.032.

REFERENCES

1. Yeo H., Lee S. Colorectal emergencies: review and controversies in the management of large bowel obstruction. *J Gastrointest Surg.* 2013; 17(11): 2007–2012. PMID: 24048614. DOI: 10.1007/s11605-013-2343-x.
2. van Hooft J., van Halsema E., Vanbiervliet G., et al. Self-expandable metal stents for obstructing colonic and extracolonic cancer: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. *Gastrointest Endosc.* 2014; 80(5): 747–761. PMID: 25436393. DOI: 10.1016/j.gie.2014.09.018.

6. Selinger C., Ramesh J., Martin D. Long-term success of colonic stent insertion is influenced by indication but not by length of stent or site of obstruction. *Int J Colorectal Dis.* 2011; 26(2): 215–218. PMID: 21207043. DOI: 10.1007/s00384-010-1111-6.
7. Elsberger B., Rourke K., Brush J., et al. Self-expanding metallic stent insertion in the proximal colon. *Colorectal Dis.* 2008; 10(2): 194–196. PMID: 17784867. DOI: 10.1111/j.1463-1318.2007.01336.x.
8. Dronamraju S., Ramamurthy S., Kelly S., Hayat M. Role of self-expanding metallic stents in the management of malignant obstruction of the proximal colon. *Dis Colon Rectum.* 2009; 52(9): 1657–1661. PMID: 19690497. DOI: 10.1007/DCR.0b013e3181a8f4af.
9. Hsu T.C. Comparison of one-stage resection and anastomosis of acute complete obstruction of left and right colon. *Am J Surg.* 2005; 189(4): 384–387. PMID: 15820447. DOI: 10.1016/j.amjsurg.2004.06.046.

3. Cho Y., Kim S., Lee B., et al. Clinical outcome of self-expandable metal stent placement in the management of malignant proximal colon obstruction. *Gut Liver.* 2011; 5(2): 165–170. PMID: 21814596. DOI: 10.5009/gnl.2011.5.2.165.
4. Yao L., Zhong Y., Xu M., et al. Self-expanding metallic stents drainage for acute proximal colon obstruction. *World J Gastroenterol.* 2011; 17(28): 3342–3346. PMID: 21876623. DOI: 10.3748/wjg.v17.i28.3342.

5. Repici A., Adler D., Gibbs C., et al. Stenting of the proximal colon in patients with malignant large bowel obstruction: techniques and outcomes. *Gastrointest Endosc.* 2007; 66(5): 940–944. PMID: 17963881. DOI:10.1016/j.gie.2007.04.032.
6. Selinger C., Ramesh J., Martin D. Long-term success of colonic stent insertion is influenced by indication but not by length of stent or site of obstruction. *Int J Colorectal Dis.* 2011; 26 (2): 215–218. PMID: 21207043. DOI: 10.1007/s00384-010-1111-6.
7. Elsberger B., Rourke K., Brush J., et al. Self-expanding metallic stent insertion in the proximal colon. *Colorectal Dis.* 2008; 10(2): 194–196. PMID: 17784867. DOI: 10.1111/j.1463-1318.2007.01336.x.
8. Dronamraju S., Ramamurthy S., Kelly S., Hayat M. Role of self-expanding metallic stents in the management of malignant obstruction of the proximal colon. *Dis Colon Rectum.* 2009; 52(9): 1657–1661. PMID: 19690497. DOI: 10.1007/DCR.0b013e3181a8f4af.
9. Hsu T.C. Comparison of one-stage resection and anastomosis of acute complete obstruction of left and right colon. *Am J Surg.* 2005; 89(4): 384–387. PMID: 15820447. DOI: 10.1016/j.amjsurg.2004.06.046.

Received on 07.10.2016

Поступила 07.10.2016

MINIMALLY INVASIVE APPROACH FOR RIGHT-SIDED COLON CANCER, COMPLICATED BY LARGE-BOWEL OBSTRUCTION

A.I. Chernookov¹, A.G. Mylnikov², A.N. Garunov², L.A. Marinova², M.M. Karapetyan², M.V. Kosachenko², S.A. Zavodchikov¹, A.P. Moiseyev^{1*}

¹ Federal State Budgetary Education Institution of Higher Training I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of Russian Federation

² Federal State Health Institution S.S. Yudin City Clinical Hospital of Moscow Health Care Department, Moscow, Russian Federation

* **Contacts:** Alexander Pavlovich Moiseyev, post-graduate student of the Hospital Surgery Department no. 2, the Medical Faculty of I.M. Sechenov First Moscow State Medical University. E-mail: sanpali4@yandex.ru

ABSTRACT The case demonstrates an opportunity of safe and successful colonic stenting to treat bowel obstruction with following laparoscopic radical intervention for right-sided colon cancer localization. The colonic stent as a “bridge to the surgery” improves immediate results and surviving rate in elderly patients with complicated right-sided colon cancer and severe concomitant disease.

Keywords: malignant large bowel obstruction, self-expandable metallic stents, right-sided hemicolectomy

For citation Chernookov A.I., Mylnikov A.G., Garunov A.N., et al. Minimally invasive approach for right-sided colon cancer, complicated by large-bowel obstruction. *Sklifosovsky Journal of Emergency Medical Care.* 2017; 6(2): 166–169. DOI: 10.23934/2223-9022-2017-6-2-166–169 (In Russian)

Conflict of interest Authors declare lack of the conflicts of interests

Acknowledgments The study had no sponsorship