УСПЕШНАЯ МУЛЬТИВИСЦЕРАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРИ РАКЕ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ У БОЛЬНОГО СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА (клинические наблюдения)

Ненарокомов А.Ю.,¹ Ермаков М.В.²

¹ ГБОУ ВПО Волгоградский Государственный Медицинский университет, г. Волгоград
(ректор – академик РАН В.И.Петров)

² ГБУЗ Волгоградский областной клинический онкологический диспансер, г. Волгоград
(гл. врач – В.А.Юшков)

[Ключевые слова: колоректальный рак, мультिवисцеральная резекция, гериатрия]

SUCCESSFUL MULTIVISCERAL RESECTION OF THE SIGMOID COLON CANCER IN A ELDERLY PATIENT (CASE REPORT)

Nenarokomov A.Yu.,¹ Ermakov M.E.²

¹ Volgograd State Medical University, Volgograd

² Volgograd regional clinical oncologic dispensary, Volgograd

[Key words: colorectal cancer, multivisceral resection, geriatrics]

Адрес для переписки: Ненарокомов Александр Юрьевич, ГБОУ ВПО Волгоградский Государственный Медицинский университет, тел.+89053926269, e-mail: poisson1967@yandex.ru

Среди онкологических заболеваний рак толстой кишки занимает, в различных странах, третье-четвертое место, около половины всех случаев заболевания приходится на пациентов пожилого и старческого возраста [1-3].

Пациент О., 78 лет, поступил в III хирургическое отделение ВОКОД 09.10.2015 г. с жалобами на боли в левой половине живота, урчание в животе, похудание на 8 кг за последние 4 месяца, периодические подъемы температуры до 38,0°C. Больным себя считает около 1 года, но за медицинской помощью длительно не обращался.

При осмотре: нормостеничного строения, индекс массы тела 17,5 кг/м², кожные покровы бледные, тургор кожи сохранен. Язык влажный, обложен сероватым налетом. Живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в левой половине живота, опухоль отчетливо не определяется.

Лабораторные данные: гемоглобин – 72 г/л, эритроциты – $2,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $6,1 \times 10^9$ /л, СОЭ – 47 мм/ч; общий билирубин – 13,7 мкмоль/л, АСТ – 10,0 U/l, АЛТ – 18,0 U/l, креатинин – 102 мкмоль/л, Амилаза – 63 U/l, глюкоза – 6,1 ммоль/л. Артериальное давление – 145/85 мм рт. ст., пульс –

64 уд. в мин. Частота дыхания – 18 в мин. Дыхание везикулярное, прослушивается по всем легочным полям.

ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС – 68 в мин., признаки гипертрофии левого желудочка, неполная блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса, Одиночная желудочковая экстрасистола.

ЭхоКГ: фракция выброса 48%.

Рентгенография органов: усиление теней корней легких, инфильтратных очаговых образований не обнаружено.

УЗИ органов брюшной полости: В проекции нисходящего отдела ободочной кишки определяется объемное образование солидного строения 10×8 см (опухоль кишки).

ФКС: колоноскоп проведен на расстояние 40 см. На этом уровне определяется циркулярное сужение опухолевой природы в диаметре до 0,5 см, выполнена биопсия.

Гистологическое заключение: низкодифференцированная аденокарцинома.

Ирригография: долихосигма, опухоль сигмовидной кишки протяженностью 12 см. Нельзя исключить наличие свища между петлями толстой кишки.

На основании проведенного обследования был установлен диагноз: Рак сигмовидной кишки T4NxM0, межкишечный свищ, интоксикация, анемия. Ишемическая болезнь сердца, атеросклеротический кардиосклероз, Н-2. Гипертоническая болезнь 2 ст, Риск III.

Плановая операция выполнена 14.10.2015 г. Обезболивание мультимодальное с применением эпидуральной анестезии ропивакаина гидрохлоридом в X межпозвоночном промежутке. В ходе интраоперационной ревизии выявлен опухолевый конгломерат 12×12 см, расположенный в левой половине брюшной полости, вовлекающий в себя сигмовидную кишку (долихосигма) и верхнюю треть нисходящей ободочной кишки с интимным прилеганием к нижнему полюсу селезенки. Визуальных признаков метастазирования в печень и брюшину не отмечено. Учитывая большие размеры опухоли, был применен латерально-медиальный способ мобилизации с внедрением в паранефральную клетчатку из-за ее инфильтрации опухолью. При дальнейшей мобилизации было обнаружено вовлечение в опухолевый процесс селезеночно-ободочной связки с переходом на область ворот селезенки и хвоста поджелудочной железы, решено продолжить операцию с резекцией тела поджелудочной железы. Принимая во внимание, что введение 200 мкг Октреотида, наряду с предоперационной антибиотикопрофилактикой, входит в стандарт нашей клиники при операциях на органах брюшной полости, дополнительной профилактики послеоперационного панкреатита не требовалось. Была рассечена желудочно-ободочная связка, через сформированный по задней поверхности железы туннель проведены две лигатуры и выполнено лигирование тела поджелудочной железы с сосудами в проекции связки Трейца. Завершение операции проходило по общим правилам: ободоч-

ная кишка резецирована на уровне средней трети ободочной кишки и средней трети сигмовидной кишки. Анастомоз сформирован «конец-в-конец» двумя рядами швов. Дренирование после операции трубчатыми дренажами к телу поджелудочной железы, под левый купол диафрагмы, по ходу левого бокового канала и в малом тазу. В результате выполненной операции удалена левая половина ободочной кишки, селезенка, часть поджелудочной железы, часть паранефральной клетчатки (Рис. 1). В послеоперационном периоде получал инфузионную терапию, антибактериальную терапию двумя антибиотиками широкого спектра действия, средства, подавляющие функцию поджелудочной железы, пролонгированную эпидуральную анестезию ропивакаином гидрохлоридом в течение 6 суток. Лабораторный контроль не выявил грубых нарушений. Подъем уровня амилазы до 450 U/ml нормализовался в течение первых двух суток послеоперационного периода. Кормление больного было начато на 4 сутки, первый стул в тот же день. Пациент выписан из стационара на 7 сутки послеоперационного периода.

Диагноз при выписке: рак сигмовидной кишки T4bN0M0 с распространением на селезеночный угол ободочной кишки, паранефральную клетчатку, хвост поджелудочной железы. Межкишечный свищ. Был осмотрен через 2 недели после выписки. Состояние оценено как относительно удовлетворительное. Анемия 95,0 г/л, другие показатели в пределах нормы. От адъювантной химиотерапии решено было воздержаться. Следующий осмотр в феврале 2016 г. Выполнена магнитно-резонансная томография. Признаков рецидива опухоли не отмечено. Данное сообщение свидетельствует, что возраст пациента не может быть основанием для отказа от специального лечения даже в случае необходимости резекции нескольких органов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бородин Н.О., Мильчаков Д.Е. Колоректальный рак как заболевание урбанизированного населения. Международный научно-исследовательский журнал. – 2015. – №1-4 (32). – с. 17-22.
2. Кит О.И. Проблема колоректального рака в начале XXI века: Достижения и перспективы. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2013. – Т. 23, №3. – с. 65-71.
3. Хрыков Г.Н., Майстренко Н.А., Манихас Г.М. и соавт. Опыт внедрения протокола Fast Track (ERAS) в лечении больных колоректальным раком старших возрастных групп. Доктор.Ру. – 2015. – №15-16 (116). – с. 18-23.

Рисунок 1. Пациент О. Вид удаленного препарата сзади. 1) селезенка. 2) удаленная часть поджелудочной железы. 3) поперечная ободочная кишка. 4) сигмовидная кишка, подтянутая опухолью к селезеночному изгибу