

Перфорация кишечника при колоректальном раке

Е.И. Брехов, В.В. Калинин, И.Г. Репин, М.В. Коробов, В.И. Брыков, К.А. Кулаковский
ФГБУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ

Колоректальный рак является одним из наиболее распространенных онкологических заболеваний, во многих странах мира по темпам роста переместился на 2–3-е место по частоте в структуре злокачественных новообразований. Несмотря на современные технологии и возросшие возможности ранней диагностики рака ободочной кишки и его осложнений, до настоящего времени остается высоким удельный вес впервые диагностированного рака ободочной кишки III–IV стадий или впервые выявленного рака ободочной кишки уже при развившихся осложнениях. Одним из чрезвычайно тяжелых осложнений опухоли толстой кишки является перфорация. На настоящем этапе развития хирургии перфорации рака ободочной кишки нет четких лечебно-тактических установок, касающихся диагностики, сроков, объема и вида оперативных вмешательств, показаний к их выполнению. В связи с этим возникла необходимость переосмысления и унификации лечебно-диагностической тактики.

Ключевые слова: колоректальный рак, перфорация рака ободочной кишки.

Colorectal cancer is one of the mostly widespread forms of oncological diseases. In many countries it occupies the second-third place in the structure of malignant disease incidence. Despite of modern technologies and increased possibilities for early diagnostics of colorectal cancer the primary diagnostics of this cancer, when it has the III-IV stages and quite evident complications, is still high. One of the most serious complications of this pathology is colon perforation. Currently, there are no clear curative and diagnostic approaches, tactics, terms and volumes of surgical intervention as well as no indications for this intervention. Due to this one can understand a necessity to analyze and to combine curative-diagnostic tactics in colorectal cancer.

Key words: colorectal cancer, perforation of colorectal cancer.

Колоректальный рак является одним из наиболее распространенных онкологических заболеваний, во многих странах мира по темпам роста переместился на 2–3-е место по частоте в структуре злокачественных новообразований. Ежегодно в России умирают более 38 000 больных раком этой локализации. В структуре смертности населения России от злокачественных новообразований колоректальный рак занимает 3-е место после опухолей легкого и желудка и составляет: опухоли ободочной кишки – 7,4%, прямой кишки – 5,8%. Структура смертности от злокачественных новообразований мужского и женского населения имеет некоторые различия. Опухоли ободочной кишки явились причиной смерти 5,8% мужчин и 9,3% женщин, опухоли прямой кишки – 5,3% мужчин и 6,3% женщин [1, 2].

Несмотря на современные технологии и возросшие возможности ранней диагностики рака ободочной кишки и его осложнений, до настоящего времени остается высоким удельный вес впервые диагностированного рака ободочной кишки III–IV стадий или впервые выявленного рака ободочной кишки уже при развившихся осложнениях. Лишь в 25,6% случаев диагностирован рак I–II стадии, в 37,3% – III стадии, при этом у каждого третьего больного с впервые установленным диагнозом рака ободочной кишки была выявлена IV стадия опухолевого процесса. Длительное бессимптомное течение, неспецифичность ранней симптоматики, недостаточная онкологическая настороженность врачей и поздняя диагностика рака ободочной кишки являются причиной того, что 60–88,9% [3–5] больных поступают в хирургические стационары с осложнениями этого заболевания. Не случайно, что именно хирурги обсуждают вопросы осложненного рака ободочной кишки, поскольку эти больные в подавляющем большинстве поступают в хирургические, а не в специализированные онкологические учреждения.

Одним из чрезвычайно тяжелых осложнений опухоли толстой кишки является перфорация. Частота ее, по

данным разных авторов, колеблется в широких пределах – от 2,3 до 22,3% [6], а послеоперационная летальность достигает 23–88,9% [15–17]. Как правило, это осложнение также чаще возникает при локализации опухоли в левой половине ободочной кишки, что наблюдается в 75–82% случаев [7, 19].

Большинство авторов различают два вида перфорации: перфорацию опухоли и диастатический разрыв кишечной стенки проксимальнее опухоли.

Перфорация опухоли может произойти в направлении брюшной стенки или забрюшинного пространства, а также и в свободную брюшинную полость. Пенетрация опухоли в направлении забрюшинного пространства и брюшной стенки обычно приводит к развитию обширной флегмоны, а иногда раковая язва может проникнуть через всю толщу брюшной стенки и привести к образованию наружного кишечного свища.

Перфорация кишечной стенки при раке толстой кишки в свободную брюшную полость наблюдается значительно реже, она может произойти в участке распадающейся и изъязвленной опухоли, а также в вышележащих отрезках толстой кишки в связи с переполнением кишечника содержимым.

В механизме перфорации кишечной стенки при раке толстой кишки в брюшную полость лежат три основных фактора: глубина проникновения опухолевых элементов в кишечную стенку, степень распада и изъязвления опухоли, степень нарушения кишечной проходимости, характер сосудисто-нервных расстройств и глубина морфологических изменений в кишечной стенке.

При некоторых разновидностях рака толстой кишки довольно быстро наступает изъязвление опухоли. Раковая язва может проникнуть на всю глубину кишечной стенки, которая значительно истончается и теряет свою эластичность. В этих случаях развитие кишечной непроходимости приводит к прямому прорыву раковой язвы в свободную брюшную полость с возникновением бурно протекающего перитонита. В редких случаях происходит

непрямая перфорация опухоли в брюшную полость посредством прорыва гнойника, расположенного вокруг опухоли [22].

Развитие кишечной непроходимости при раке толстой кишки сопровождается значительным застоем кишечного содержимого. Длительная задержка плотных каловых масс может привести к образованию пролежней в кишечных стенках, непосредственно расположенных выше опухоли. Дальнейшее нарастание непроходимости может привести к разрыву кишечной стенки в участке пролежня с опорожнением содержимого в брюшную полость и развитием калового перитонита. Длительная задержка каловых масс и газов в толстой кишке выше опухоли приводит также к растяжению и переполнению кишечника.

Переполнение кишечника приводит к значительным сосудисто-нервным расстройствам и глубоким морфологическим изменениям в кишечной стенке. На слизистой кишечника образуются язвы и участки некроза. Чрезмерное переполнение кишечника и морфологические деструктивные изменения в кишечной стенке могут повести к так называемой диастатической перфорации [22].

Диастатическая перфорация ободочной кишки встречается в 26–35% случаев перфорации [6, 8, 17] или в 3,4–8,9% случаев obturационной толстокишечной непроходимости [9, 10].

Наиболее часто диастатические разрывы происходят на слепой кишке у больных с левосторонней локализацией опухоли ободочной кишки, тогда как перфорация кишечной стенки в зоне опухоли не зависит от ее локализации и наблюдается одинаково часто у больных с левосторонним и правосторонним опухолевым поражением. По мнению большинства авторов, в механизме диастатической перфорации кишечной стенки obturационная непроходимость как ведущий этиопатогенетический фактор не вызывает сомнений [14].

Некоторые авторы указывают на относительно невысокий процент obturации просвета ободочной кишки и перфорации ее стенки одновременно [21].

Данные осложнения отличаются полиморфизмом клинической картины, поэтому большинство авторов отмечают значительные трудности в диагностике, обусловленные главным образом стертой клинической картиной перитонита у больных, тяжесть состояния которых усугубляет наличие злокачественной опухоли [8, 12]. Поэтому большинство таких пациентов поступают в стационар с направительным диагнозом «острый живот», кишечная непроходимость, острый аппендицит, перфоративная язва, не ранее чем через 6–7 ч с момента заболевания [11]. Основными причинами летальных исходов являются раковая интоксикация, прогрессирующий перитонит, септические и тромбоэмболические осложнения [13, 20]. Несомненно, на течение послеоперационного периода оказывает влияние тот факт, что 82 % больных с осложненным течением колоректального рака являются лицами пожилого и старческого возраста, у 96% из них имеются клинически значимые сопутствующие патологии со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной, мочевыделительной систем.

Перфорация ободочной кишки является абсолютным показанием к экстренной операции. Основной клинико-рентгенологический признак перфорации ободочной кишки на фоне клинической картины опухолевой тол-

стокишечной непроходимости — выявление на обзорной рентгенограмме живота свободного газа в брюшной полости, однако это наблюдается менее чем у 40% больных, диагностика может быть дополнена проведением ультразвукового исследования брюшной полости. Достаточно перспективным исследованием является компьютерная томография, особенно с использованием последних поколений томографов, действующих в «спиральном» режиме. Определение зоны свободного газа или жидкости в брюшной полости наряду с оценкой плотности образования — важная информация для постановки правильного диагноза. Предоперационная подготовка проводится в течение 1,5–3 ч. Только своевременное и адекватное хирургическое вмешательство с последующей интенсивной терапией может спасти жизнь больного. Однако до настоящего времени у отечественных и зарубежных авторов так и не выработано единого мнения относительно оптимальных диагностических мероприятий, выбора вида и объема хирургического лечения у этой сложной категории пациентов.

Одни авторы, учитывая высокую частоту летальности после паллиативных вмешательств, являются сторонниками радикальной операции — резекции сегмента кишки вместе с перфоративной опухолью и наложения первичного анастомоза. Большинство хирургов рекомендуют резекцию кишки с опухолью без восстановления естественного кишечного пассажа. Другие допускают возможность выполнения первичной резекции при относительно удовлетворительном состоянии больного, в молодом возрасте, при отсутствии разлитого перитонита и метастазов опухоли. Некоторые хирурги считают, что объем оперативного вмешательства при перфорации опухоли должен быть минимальным. М. Adloff и соавт., J. Mogaux и соавт., M. Saare, P. Verhaeghe подчеркивают целесообразность использования перфоративного отверстия в качестве декомпрессионной колостомы с последующим удалением опухоли, другие рекомендуют ушивание перфоративного отверстия с оментопластикой и дренированием брюшной полости. При IV стадии раковой опухоли допустима паллиативная резекция перфоративной опухоли.

Ушивание перфоративного отверстия с наложением проксимальной колостомы и удаление опухоли вторым этапом рекомендуют Г.А. Ушаков и соавт., J. Kjaergaard и соавт., J. Louque. P. Lataix предлагает отграничение перфоративного отверстия тампонами при невозможности удаления или выведения опухоли в рану. Y. Bergar и E. Sapisochin при хирургическом лечении перфоративных опухолей и диастатических разрывов ободочной кишки применяют операцию Микулича. При перфорации кишечной стенки в зоне опухолевого роста большинство хирургов резецируют участок кишки с перфоративной опухолью без восстановления кишечной непрерывности. При перфоративных опухолях правой половины ободочной кишки некоторые авторы рекомендуют гемиколэктомия, при левосторонней локализации поражения — операцию типа Гартмана. Иногда при перфорации опухоли сигмовидной кишки предлагают первичную внебрюшинную резекцию. Преимущества такого способа заключаются в том, что внебрюшинное расположение анастомоза предупреждает развитие перитонита в случае несостоятельности швов, а образовавшийся свищ, как

правило, закрывается после проведения консервативной терапии (Алиев С.А и соавт.).

Учитывая такое состояние проблемы, можно констатировать, что на настоящем этапе развития хирургии перфорации рака ободочной кишки больше нерешенных моментов, нежели четких лечебно-тактических установок, касающихся диагностики, сроков, объема и вида оперативных вмешательств, показаний к их выполнению. В связи с этим возникла необходимость переосмысления и унификации лечебно-диагностической тактики.

Литература

1. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2009 г. (Заболеваемость и смертность). — М., 2011.
2. Яицкий Н.А., Седое В.М., Васильев С.В. Опухоли толстой кишки. — М.: МЕДпресс-информ. — 2004. — 376 с.
3. Бондарь Г.В., Псарас Г.Г., Башеев В.Х., Семикоз Н.Г. Тактика лечения осложненного рака толстой кишки. Материалы III съезда онкологов и радиологов СНГ. — Минск. — 2004. — С. 124.
4. Гаин Ю.М., Алексеев С.А., Шахрай В.В. и др. Дифференцированный подход к хирургическому лечению осложненного рака ободочной кишки. Материалы III съезда онкологов и радиологов СНГ (25-28 мая 2004 г.). — Минск. — 2004. — С. 130.
5. Демин Д.И., Тарасович А.Д., Карпенко А.Д., Минаев И.И. и др. Пути совершенствования хирургического лечения колоректального рака. Современные технологии в онкологии. Материалы VI Всероссийского съезда онкологов. — Ростов н/Д. — 2005. С. 253.
6. Вяички И.В. Диагностические и хирургические проблемы осложненного рака ободочной и прямой кишок. Хирургия. — 1993 №12. С. 35–39.
7. Дмитриев М.О., Сотниченко Б.А., Дмитриев О.Н., Дублев Г.Н. Результаты хирургического лечения толстокишечной непроходимости опухолевой природы. Скорая медицинская помощь. 2004. — Т. 5, № 3. — С. 86–87.
8. Алиев С.А. Хирургическая тактика при перфоративных опухолях и диастатических разрывах ободочной кишки. Хирургия. — 1999. — № 12. — С. 37–42.
9. Манов Е.Н. К вопросу лечения осложненного колоректального рака. Международный хирургический конгресс «Актуальные проблемы современной хирургии»: Труды конгресса. — М., 2003. — С. 115.
10. Сула П.А., Чирицо Б.Г., Панфилов П.В. и др. Хирургическая тактика при осложненных формах рака кишечника различной локализации. Международный хирургический конгресс «Актуальные проблемы современной хирургии»: Труды конгресса. — М., 2003. — С. 135.
11. Шальков Ю.Л. Разрывы слепой кишки в патогенезе толстокишечного илеуса. Международный хирургический конгресс «Актуальные проблемы современной хирургии»: Труды конгресса. — М., 2003. — С. 126.
12. Дивилин В.Я., Булгаков Г.А., Рыбальченко Ю.Н., Страдымов А.А. Особенности диагностики и лечения острой кишечной непроходимости у больных пожилого и старческого возраста. Скорая медицинская помощь. — 2004. — Т. 5, № 3. — С. 84.
13. Напалков А.Н., Михайлов А.П., Данилов А.М. и др. Тактика при острой непроходимости ободочной кишки опухолевой этиологии у больных пожилого и старческого возраста. Скорая медицинская помощь. — 2004. — Т. 5, № 3. — С. 112–113.
14. Голод В.Н. Рак толстой кишки. Особенности морфологии, клиники, диагностики и течения осложненных форм: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Свердловск, 1972.
15. Yilmazlar T., Toker S., Zorluoglu A. Non-traumatic colorectal perforations. Int. Surg. — 1999. — Vol. 84, № 2. — P. 155–158.
16. Ceriati F., Tebala G.D., Ceriati E. et al. Surgical treatment of left colon malignant emergencies: A new tool for operative risk evaluation. Hepatogastro-enterology. — 2002. — Vol. 49, № 46. — P. 961–966.
17. Alcobendas F., Jorba R., Poves I. et al. Perforated colonic cancer: Evolution and prognosis. Rev. Esp. Enferm. Dig. — 2000. — Vol. 92, № 5. — P. 326–333.
18. Gullino D., Giordano O., Masella M., Lijoi C., De Carlo A. The single-stage surgery of perforated colon carcinoma: Our experience of 46 cases. Minerva Chir. — 1999. — Vol. 54, № 3. — P. 127–137.
19. Borovac N. Carcinoma of the anus, rectum and colon. Med. Arch. — 2003. — Vol. 57, suppl. 2. — P. 87–99.
20. Biondo S., Pares D., Marti Rague J. et al. Emergency operations for nondiverticular perforation of the left colon. Amer. J. Surg. — 2002. — Vol. 183, №3. — P. 256–260.
21. Hickey R.C., Hydl H.P. Neoplastic obstruction of the large bowel.