

ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Каминский Ю.Д.^{1,2}, Куликов Е.П.¹,
Ботов А.В.², Михеев А.В.^{1,2},
Плотникова О.А.*¹, Шарапов Д.А.²,
Шустов А.Э.²

¹ ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России,
Рязань

² ГБУ Рязанский областной клинический
онкологический диспансер, Рязань

DOI: 10.25881/20728255_2024_19_3_159

Резюме. Представлено клиническое наблюдение пациента с местно-распространенным раком ободочной кишки. Обсуждается необходимость и целесообразность выполнения мультивисцеральной резекции ободочной кишки. При раке толстой кишки с вовлечением соседних органов и мягких тканей вторичные поражения носят ограниченный характер, что позволяет рассматривать возможность выполнения органосохраняющих хирургических вмешательств. Пациенту с опухолью селезеночного изгиба толстой кишки с признаками экстраорганного распространения была выполнена комбинированная левосторонняя гемиколэктомия с продольной резекцией желудка, резекцией левого купола диафрагмы с атипичной резекцией S4, 5 левого легкого, спленэктомией. Послеоперационный период протекал без особенностей. Перенес удовлетворительно 4 курса адъювантной химиотерапии по схеме XELOX. При динамическом наблюдении данных за рецидивирование не получено, достигнута стабилизация процесса. Пациент на сегодняшний день чувствует себя удовлетворительно, ведет активный образ жизни.

Ключевые слова: местно-распространенного рака ободочной кишки, мультивисцеральные резекции толстой кишки, мультиорганые резекции ободочной кишки.

POSSIBILITIES OF SURGICAL TREATMENT OF LOCALLY ADVANCED COLON CANCER

Kaminskiy Yu.D.^{1,2}, Kulikov E.P.¹, Botov A.V.², Miheev A.V.^{1,2}, Plotnikova O.A.*¹, Sharapov D.A.², Shustov A.E.²

¹ Federal State Budgetary Educational Institution of the Ryazan State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Ryazan

² State-Funded Institution Ryazan Regional Clinical Oncological Dispensary, Ryazan

Abstract. In this article a clinical case of a patient with locally advanced colon cancer is presented. The necessity and expediency of performing multivisceral colon resection are discussed. In colon cancer involving neighboring organs and soft tissues, secondary lesions are limited in nature, which makes it possible to consider the possibility of performing organ-preserving surgical interventions. A patient with a tumor of the splenic bend of the colon with signs of extraorgan spread underwent a combined left-sided hemicolectomy with longitudinal resection of the stomach, resection of the left dome of the diaphragm with an atypical resection S4. 5 of the left lung, splenectomy. The postoperative period was uneventful. He satisfactorily underwent 4 courses of adjuvant chemotherapy according to the XELOX regimen. With dynamic observation, no data for recurrence was obtained, and stabilization of the process was achieved. The patient currently feels satisfactory and leads an active lifestyle.

Keywords: a clinical case of a locally advanced colon cancer, multivisceral colon resections, multi-organ resection of the colon.

Актуальность

На 2022 г. в России рак ободочной кишки на III стадии был выявлен в 22,6% и на IV стадии – в 26,1% случаев [1; 2]. Такой высокий удельный вес поздних стадий среди впервые выявленных пациентов ограничивает возможности хирургического лечения и ухудшает отдаленный прогноз.

В 31–63% случаев колоректальный рак носит местно-распространенный характер заболевания, при этом у 10% пациентов возможно проведение только паллиативных или симптоматических операций [3].

В литературе описано множество клинических ситуаций, в которых отражаются различные нюансы мультиорганых операций: показания, возможные осложнения, техника оперативного вмешательства, риски. Если в случае моноорганного опухолевого поражения разработаны стандарты, то для расширенных мультиорганых операций их нет.

Стандартом считается моноблочный характер операции. По мнению некоторых авторов, показания к мультиорганной резекции должны устанавливаться независимо от визуальной картины распространения процесса соседние структуры [3]. Истинное врастание опухоли в окружающие ткани у пациентов с местно-распространенными формами морфологически подтверждается только в 34–51% случаев [4].

При местно-распространенном раке толстой кишки без отдаленных метастазов выполняют мультиорганную резекцию с расширенной лимфодиссекцией [5–7]. В связи с высокой степенью индивидуальности и особенностью врастания первичной опухоли в другие органы стандартных объемов хирургических вмешательств практически нет. Многими авторами доказано, что показатели 5-летней выживаемости после стандартной резекции толстой кишки и мультиорганной резекции толстой киш-

ки идентичны ($p < 0,05$) [4; 8; 9]. По данным М.И. Давыдова и соавт. (2017) при местно-распространенном раке толстой кишки 5-летняя выживаемость составляет 36,5% [4; 8].

Таким образом, можно сделать вывод, что успех комбинированного лечения местно-распространенного рака толстой кишки в большей степени определяется радикальностью хирургического вмешательства.

Описание клинического наблюдения

Пациент К., 69 лет поступил в абдоминальное отделение Рязанского областного клинического онкологического диспансера (ГБУ РО ОКОД) для хирургического лечения с диагнозом: рак селезеночного изгиба толстой кишки с признаками экстраорганного распространения, стадия cT4NxM0 в июне 2023.

Сопутствующая патология: гипертоническая болезнь 3 ст, 2 ст, риск 4. ХСН I. ФК I.

* e-mail: olga.plotnikova.99@inbox.ru

При поступлении жаловался на общую слабость, фебрильную температуру до 38,5, снижение массы тела на 10 кг за 3 месяца.

Из анамнеза заболевания:

С февраля 2023 г. амбулаторно лечился по поводу пневмонии у терапевта по месту жительства. Лечение без выраженного эффекта. Выполнена РКТ ОГК в мае 2023 г. – обнаружена опухоль толстой кишки с косвенными признаками экстраорганного распространения на желудок, диафрагму и левое легкое. Направлен к онкологу.

Результаты физикального, лабораторного и инструментального исследования

Колоноскопия от 31.05.23: колоноскоп проведен ориентировочно до селезеночного изгиба, на перегибе определяется дистальный край циркулярной, бугристой и обильно васкуляризированной опухоли с выраженной контактной кровоточивостью. Опухоль с некротическим налетом, много фибрина, тромбированные участки. Полностью необозрима. Просвет кишки сужен, пройти за опухоль не удастся, попытки продвинуться провоцируют кровотечение. Биопсия.

Гистологическое исследование биоптата опухоли толстой кишки №27282-86/1416 от 06.06.2023: low-grade аденокарцинома толстой кишки.

Фиброгастродуоденоскопия от 09.06.23: в области в/3 желудка по большой кривизне определяется взбухание стенки на участке не менее 5 см и в центре участок перестроения складок (не расправляются при инсuffляции) – локальная инфильтрация слизистой на протяжении 1,5–2 см. Ригидность, при подтягивании слизистой отсутствует подвижность (подпаяна к слизистой).

МРТ ОБП с КУ от 26.05.23: в области селезеночного изгиба определяется новообразование размерами 7×9×8,3 см, солидной структуры, с нечеткими неровными контурами, с кистозным компонентом. Конгломерат увеличенных лимфоузлов (3,6×2,9 см). Так же новообразование интимно прилегает к куполу диафрагмы с признаками инвазии и формирования свища. В грудной полости определяется скопление жидкости. При в/в введении контраста – опухоль гетерогенно его накапливает.

КТ ОГК от 21.05.23: в правом легком – без изменений. В левом легком на уровне S4,5 участок перибронхиального уплотнения по типу консолидации, на фоне которой определяются просветы сегментарных бронхов. На уровне сканирования в области селезеночного изгиба толстой кишки



Рис. 1. Пациент К., КТ органов грудной клетки до оперативного лечения.

отмечается неравномерное, циркулярное утолщение ее стенки до 2 см с деформацией просвета кишки, выраженной инфильтрацией параколитической клетчатки общим размером около 9,4×4,5 см. Данный участок кишки плотно прилегает к куполу диафрагмы с его утолщением и к большой кривизне желудка (Рис. 1).

УЗИ ОБП и плевральных полостей от 06.23: в левой плевральной полости определяется жидкость, небольшое количество, преимущественно в синусе, расхождение листков плевры 15 мм. Плевральная линия неравномерно утолщена до 6 мм, местами с нечетким контуром + в ее проекции участки пониженной плотности до 4 мм. В поддиафрагмальном пространстве определяется солидное изохогенное образование 120×85 мм, неравномерной эхоплотности. Не исключается инвазия в диафрагму на участке 33 мм.

Пациент госпитализирован в абдоминальное отделение ГБУ РО ОКОД для хирургического лечения.

15.06.2023 г. выполнена операция: комбинированная левосторонняя гемиколэктомия с продольной резекцией в/3 и дна желудка, резекцией левого купола диафрагмы с атипичной резекцией S4,5 левого легкого, спленэктомией.

Протокол операции:

Верхняя срединная лапаротомия. При ревизии брюшной полости в левом эпимезогастрити определяется опухолевый конгломерат до 20 см в диаметре, включающий в себя опухоль селезеночного изгиба ободочной кишки, врастающую в в/3 большой кривизны желудка на протяжении 15 см, также опухоль врастает в левый переднебоковой свод купола диафрагмы на участке диаметром около 10 см, ворота селезенки. Отдаленных метастазов нет, случай операбельный. Толстая кишка мобилизована с перевязкой левой ветви средней ободочной

артерии и вены, левой ободочной артерии и вены с D2-лимфодиссекцией. Проксимально и дистально кишка отсечена линейным степлером. Резекция большой кривизны желудка на протяжении 15 см линейным степлером. Сквозная резекция левого купола диафрагмы в пределах здоровых тканей. При ревизии левой плевральной полости: в опухолевый конгломерат вовлечены S4,5 левого легкого на участке диаметром 8 см. Выполнена атипичная резекция сшиванием паренхимы легкого двухрядным линейным степлером 60 мм. Левая плевральная полость дренирована в 9-м межреберье. Дефект левого купола диафрагмы около 15 см ушит двухрядным узловым швом. Сформирован ручной, двухрядный трансверзо-сигмо анастомоз конец-в-бок. В связи с ранением капсулы селезенки выполнена спленэктомия. Брюшная полость дренирована послойно ушита. Кровопотеря 600 мл. На рис. 2 представлен макропрепарат удаленных органов пациента К.

Гистологическое исследование операционного материала №13112012м-015 от 21.06.23 – картина low-grade аденокарциномы толстой кишки с массивными очагами некроза, периваскулярным и периневральным ростом и инвазией всех слоев стенки органа, выходом за его пределы, выраженным паратуморозным воспалением, распространяющимся за стенку желудка, диафрагмы и паренхиму легкого, без достоверных признаков истинной инвазии в них. В краях резекции опухолевого роста не выявлено. В 1 околожелудочном и 26 узлах брыжейки – гистиоцитоз синусов, метастазов не выявлено. На рис. 3 представлено гистологическое строение опухоли пациента К.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Заживление первичным натяжением, выписан 23.06.23 г. (8 сутки после операции) в удовлетворительном состоянии.

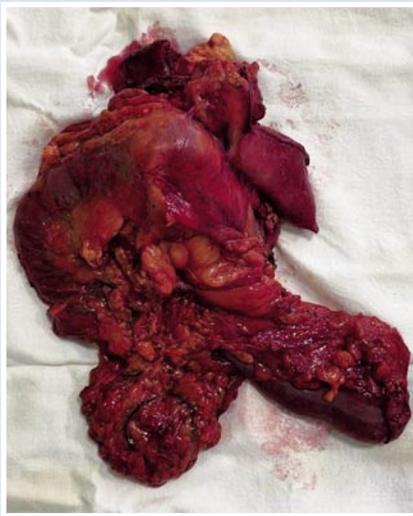


Рис. 2. Пациент К., макропрепарат удаленных органов.

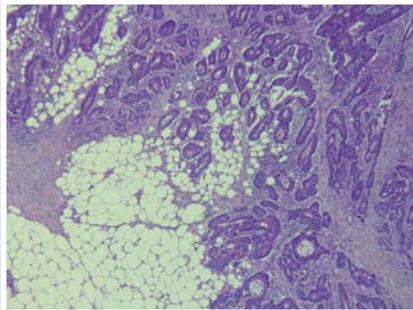


Рис. 3. Пациент К., микропрепарат удаленной опухоли. Окраска гематоксилин-эозином. Ув.х40.

Диагноз при выписке: Рак селезеночного изгиба толстой кишки St IIC pT4bN0M0 low-grade, R0. Хирургическое лечение – 15.06.2023 комбинированная левосторонняя гемиколэктомия с резекцией в/3 и дна желудка и резекцией левого купола диафрагмы с атипичной резекцией S4, 5 левого легкого, спленэктомия.

Пациенту проведено 4 курса адъювантной химиотерапии по схеме XELOX, перенес удовлетворительно. В настоящее время достигнута стабилизация процесса, данных за прогрессирование нет.

Показатели онкомаркеров от 25.11.2023: РЭА – 3 нг/мл; СА19-9 – 11 ЕД/мл; РКТ ОБП с КУ и ОГК 15.11.2023 – данных за рецидив и mts не выявлено (Рис. 4).

Обсуждение и заключение

Приведенное клиническое наблюдение демонстрирует современные возможности хирургического лечения местно-распространенного рака ободочной кишки. Мультиорганные резекции в лечении

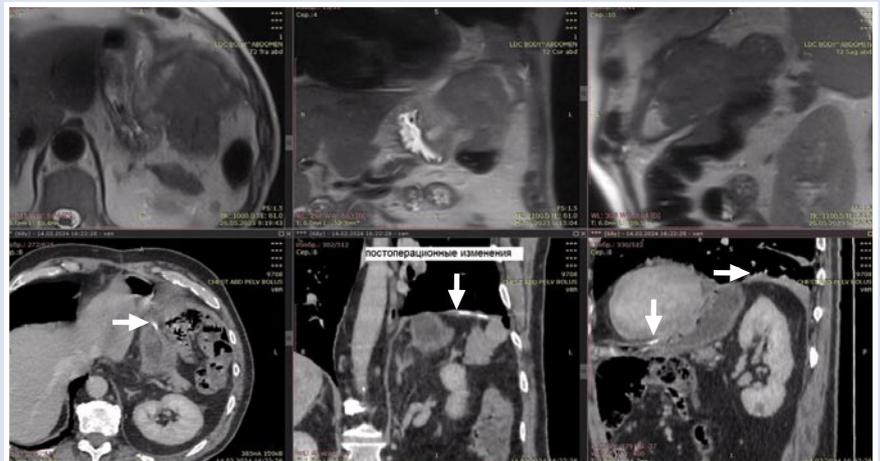


Рис. 4. Пациент К., КТ-картина органов грудной и брюшной полостей через 6 месяцев после операции.

данной категории пациентов являются онкологически обоснованными, безопасными, и позволяют достичь R0-краев резекции даже при вовлечении в опухолевый процесс органов грудной клетки.

Дополнительная информация

Согласие пациента. Пациент добровольно подписал информированное согласие на публикацию персональной медицинской информации в обезличенной форме.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов (The authors declare no conflict of interest).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Куликов Е.П., Рязанцев М.Е., Зубарева Т.П. и др. Динамика заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований в Рязанской области в 2004-2014 годах // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. – 2015. – Т.23. – №4. – С.109-115. [Kulikov EP, Ryzancev ME, Zubareva TP, et al. Dinamika zabolevaemosti i smertnosti ot zlokachestvennykh novoobrazovaniy v Ryzanskoj oblasti v 2004-2014 godah. Rossijskij mediko-biologicheskij vestnik im. akademika I.P. Pavlova. 2015; 23(4): 109-115. (In Russ.)] doi: 10.17816/PAVLOVJ20154109-115.
- Состояние онкологической помощи населению России в 2022 году. Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, А.О. Шахзадовой. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2022. – 239 с. [Sostoyanie onkologicheskoy pomoshchi naseleniyu Rossii v 2022 godu. A.D. Kaprina, V.V. Starinskiy, A.O. Shahzadova, editors. M.: MNI OI im. P.A. Gercena – filial FGBU «NMIC radiologii» Minzdrava Rossii, 2022. 239 p. (In Russ.)]
- Давыдов М.И., Расулов А.О., Кузьмичев Д.В. и др. Гастропанкреатодуоденальная резекция в хирургическом лечении осложненного рака правой половины ободочной кишки // Клиническая и экспериментальная хирургия им. акад. Б.В. Петровского. – 2015. – №4(10). – С.12-7. [Davydov MI, Rasulov AO, Kuzmichev DV, et al. Gastropancreatoduodenal resection in surgical treatment of complicated right-sided colon cancer. Klinicheskaya i eksperimentalnaya khirurgiya im. akad. B.V. Petrovskogo. 2015; 4(10): 12-7. (In Russ.)]
- Давыдов М.И., Патютко Ю.И., Расулов А.О. и др. Стратегия хирургического лечения местно-распространенного рака // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2017. – №4. – С.30-5. [Davydov MI, Patutko Yul, Rasulov AO, et al. Strategy of surgical treatment for locally advanced cancer. Khirurgiya. Zhurnalim. N.I. Pirogova. 2017; 4: 30-5. (In Russ.)]
- Croner RS, Merkel S, Papadopoulos T, et al. Multivisceral resection for colon carcinoma. Dis Colon Rectum. 2009; 52(8): 1381-6. doi: 10.1007/DCR.0b013e3181ab580b.
- Ганцев Ш.Х., Хуснутдинов Ш.М., Парфенов А.Ю. Обоснование объема мультиорганных операций при колоректальном раке // Креативная хирургия и онкология. – 2011. – №1. [Gancev SHN, Husnutdinov SHM, Parfenov AYU. Obosnovanie ob'ema mul'tiorgannykh operacij pri kolorektal'nom rake // Kreativnaya hirurgiya i onkologiya. 2011; 1. (In Russ.)]
- Парфенов А.Ю. Отдаленные результаты мультиорганных операций при местнораспространенном колоректальном раке // Креативная хирургия и онкология. – 2013. – №4. [Parfenov AYU. Otdalennyye rezul'taty mul'tiorgannykh operacij pri mestnorasprostranennom kolorektal'nom rake. Kreativnaya hirurgiya i onkologiya. 2013; 4. (In Russ.)]
- Будурова М.Д., Давыдов М.М., Алиев В.А., Полоцкий Б.Е., Ахмедов Б.Б. Клиническое наблюдение мультиорганной резекции при местно-распространенном раке левой половины толстой кишки // Тазовая хирургия и онкология. – 2018. – №1. [Budurova MD, Davydov MM, Aliev VA, Polockij BE, Ahmedov BB. Klinicheskoe nablyudenie mul'tiorgannoj rezekcii pri mestno-rasprostranennom rake levoj poloviny tolstoј kishki. Tazovaya hirurgiya i onkologiya. 2018; 1. (In Russ.)]
- Севостьянов В.В. Оперативное лечение осложненного местно-распространенного рака толстой кишки. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Ростов-на-Дону, 2009. [Sevostyanov VV. Surgical treatment of complicated locally advanced colon cancer. [autoreferat]. Rostov-on-Don, 2009. (In Russ.)]