

# Хирургическое лечение рака толстой КИШКИ

Выполнила студентка 8 группы  
педиатрического факультета  
IV курса  
Попова Анастасия Викторовна

Краснодар 2016г.

# Выбор хирургического вмешательства ЗАВИСИТ ОТ:

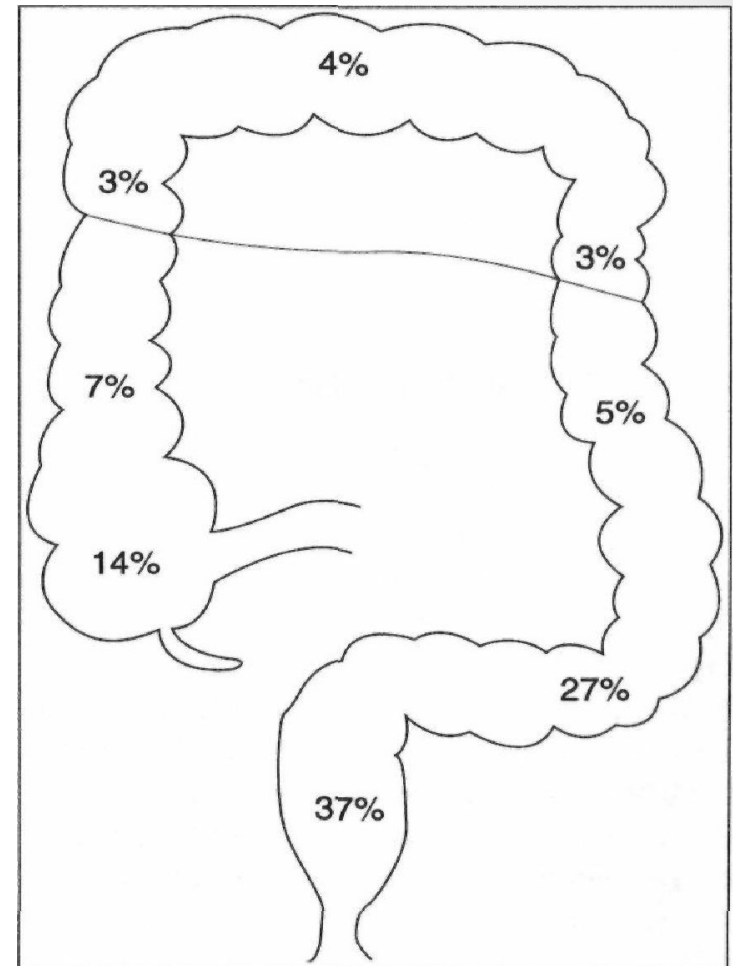
## 1. Локализации опухоли

- в толстой кишке около 50% раковых опухолей возникает с левой стороны
- 25% с правой
- в 4-5% случаев имеются синхронные опухоли

## 2. Наличия или отсутствия осложнений и метастазов

- при отсутствии осложнений (перфораций, непроходимости) и метастазов выполняют радикальные операции – удаление пораженных отделов кишки вместе с брыжейкой и регионарными лимфатическими узлами.

## 3. Общего состояния больного.



# Предоперационная подготовка

- Направлена на декомпрессию ЖКТ
- Питание не ограничивают до последнего дня перед операцией, утром накануне допускается обычный завтрак, но на обед и ужин рекомендуется жидкая пища
- Стандартным методом является кишечный лаваж с *полиэтиленгликоль-электролитными растворами*. Используют препараты-макрагол (фортранс) и лавакол.

Препарат в объеме 2-4 л (обычная доза 3 л или 35-40 мл на 1 кг массы тела) пациент принимает самостоятельно по 200 мл через 20 мин.

•Применяют две схемы введения препарата:

1.Весь объем раствора пациент принимает вечером накануне с 17 до 20 часов

2.2/3 объема пациент принимает с 18 до 20 ч. 1/3 с 6 до 7 ч утра; дополнительных клизм не назначают.

**Противопоказания к проведению кишечного лаважа:** кишечная непроходимость, подозрение на перфорацию, кишечное кровотечение, токсическая дилатация толстой кишки, недостаточность кровообращения.

# Характеристика резекции толстой КИШКИ

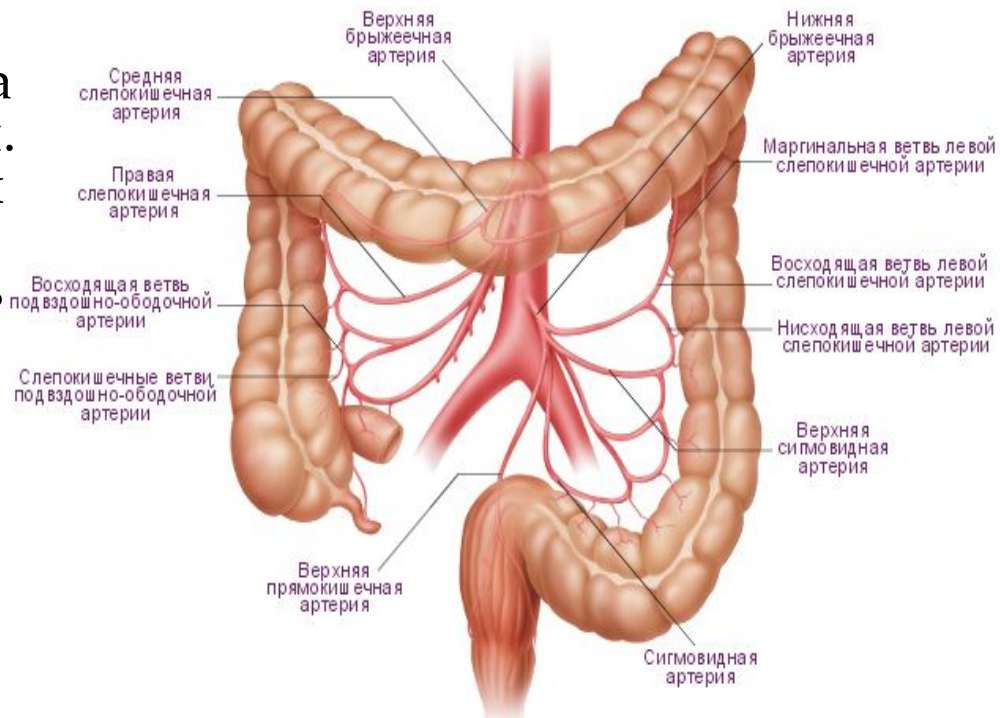
Удаляется определенный участок толстой кишки, между остающимися петлями накладываается анастомоз, благодаря которому и восстанавливается непрерывность кишечного тракта.

При карциноме размеры резекции определяются тремя основными факторами:

1. При резекции сегмента кишки необходимо отступить от края опухоли в проксимальном направлении не менее 30 см, а в дистальном – не менее 10 см;
2. линия резекции должна проходить через хорошо мобильный, со всех сторон окружённый брюшиной, отрезок толстой кишки;
3. по возможности, радикально удаляют цепочку лимфатических узлов и прилежащие к ним сосуды.

# Характеристика резекции толстой кишки

- На основе третьего из вышеперечисленных факторов существует значительная разница между опухолями, расположенными на левой и на правой стороне толстой кишки. Правая сторона толстой кишки снабжается кровью из *верхней брыжеечной артерии*, пересекать эту артерию нельзя, поскольку это приведет к некрозу всей тонкой кишки.
- В противоположность этому, левая сторона толстой кишки кровоснабжается *ветвями нижней брыжеечной артерии*, причем здесь может быть перерезан в большинстве случаев и главный артериальный ствол непосредственно у места его отхождения от аорты.



# Учитывая локализацию, выделяют следующие типы операций:

1. опухоль в слепой, восходящей ободочной кишке, печеночном изгибе ободочной кишки, проксимальной трети поперечной ободочной кишки - **правосторонняя гемиколэктомия**
2. В средней трети поперечной ободочной кишки- допустима **резекция поперечной ободочной кишки**, однако предпочтительна - **субтотальная колэктомия**.
3. Дистальная треть поперечной ободочной кишки, селезеночный изгиб ободочной кишки, нисходящая ободочная кишка, проксимальная треть сигмовидной кишки - **левосторонняя гемиколэктомия**, **расширенная левосторонняя гемиколэктомия с лигированием a.colica sinistra, левой ветви a.colica media у места отхождения.**

4. При локализации опухоли в средней трети сигмовидной кишки – **резекция сигмовидной кишки, операция типа Гартмана с лигированием нижней брыжеечной артерии.**
5. Если опухоль находится в дистальной трети сигмовидной кишки, то допустимы- **резекция сигмовидной кишки с чрезбрюшной резекцией прямой кишки, операция типа Гартмана с лигированием нижней брыжеечной артерии непосредственно дистальнее уровня отхождения левой ободочной артерии.**

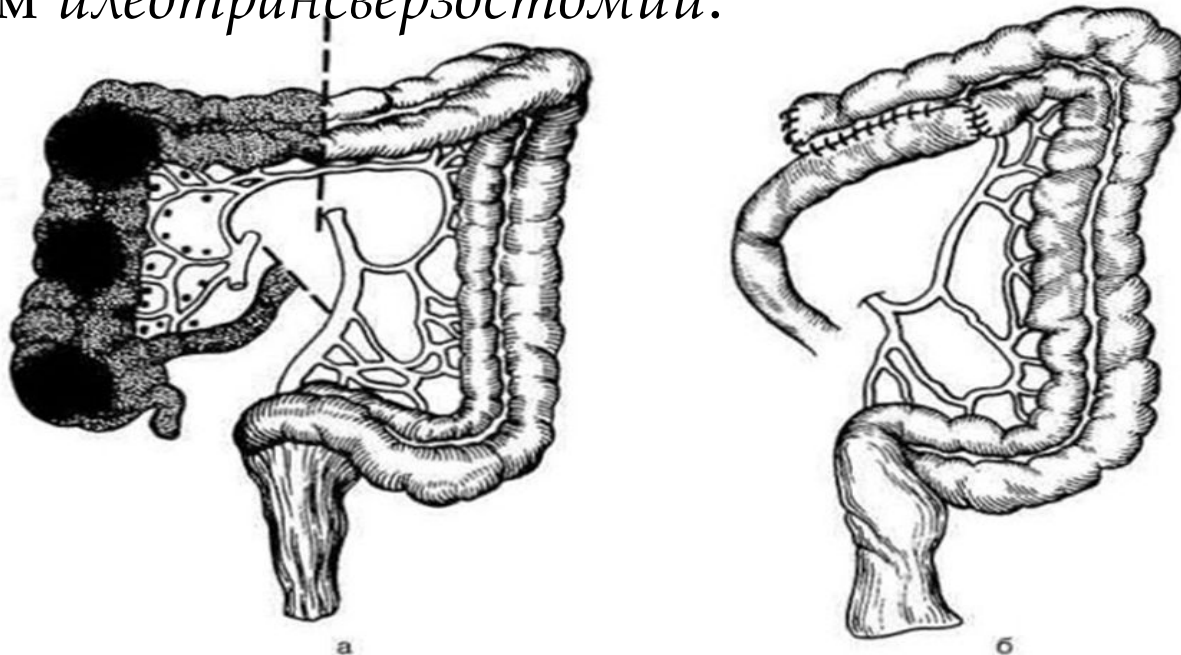


Также выделяют лапароскопические резекции ободочной кишки, которые имеют ряд преимуществ, включая:

- Раннюю реабилитацию пациентов;
- Снижение частоты развития и выраженности спаечного процесса;
- Меньшее использование опиоидных анальгетиков;
- Снижение сроков госпитализации;
- Меньший риск развития послеоперационных грыж.

# • Правосторонняя гемиколэктомия

К этому вмешательству прибегают, когда опухоль локализуется на правой стороне толстой кишки (на слепой, восходящей, в печеночном изгибе). Проводят обязательное лигирование а. ileocolica, а. ileocolica dextra, правой ветви а. colica media. Непрерывность кишки восстанавливается наложением *илеотрансверзостомии*.



Правосторонняя гемиколэктомия.

а — зона резекции; б — вид после илеотрансверзостомии.

- Из-за несоответствия ширины просвета тонкой и толстой кишок чаще накладывают илеотрансверзоанастомозы «бок в бок» или «конец тонкой в бок толстой кишки».
- Накладывая анастомоз «бок в бок», необходимо помнить, что оставление длинных слепых концов может привести к патологии, известной под названием синдром «слепого мешка».

- **Резекция поперечноободочной кишки.**

Рассекается только средняя артерия толстой кишки. Непрерывность кишечного тракта восстанавливается путем наложения *анастомоза между центральной и дистальной культями поперечноободочной кишки*

Если наложение такого анастомоза сопряжено с трудностями, приходится мобилизовать также оба кишечных изгиба.

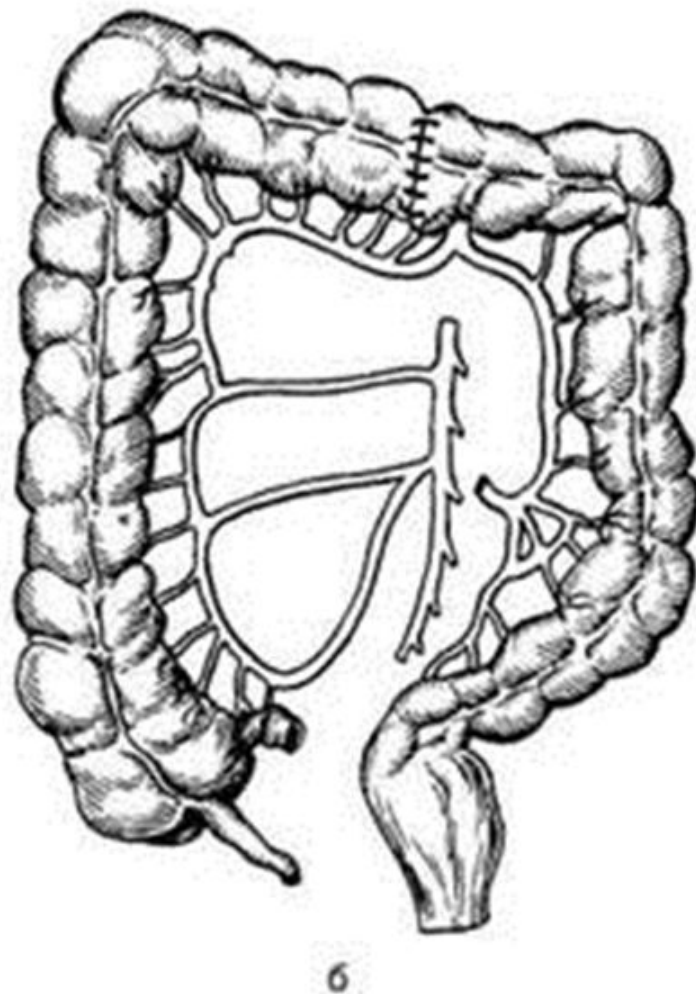
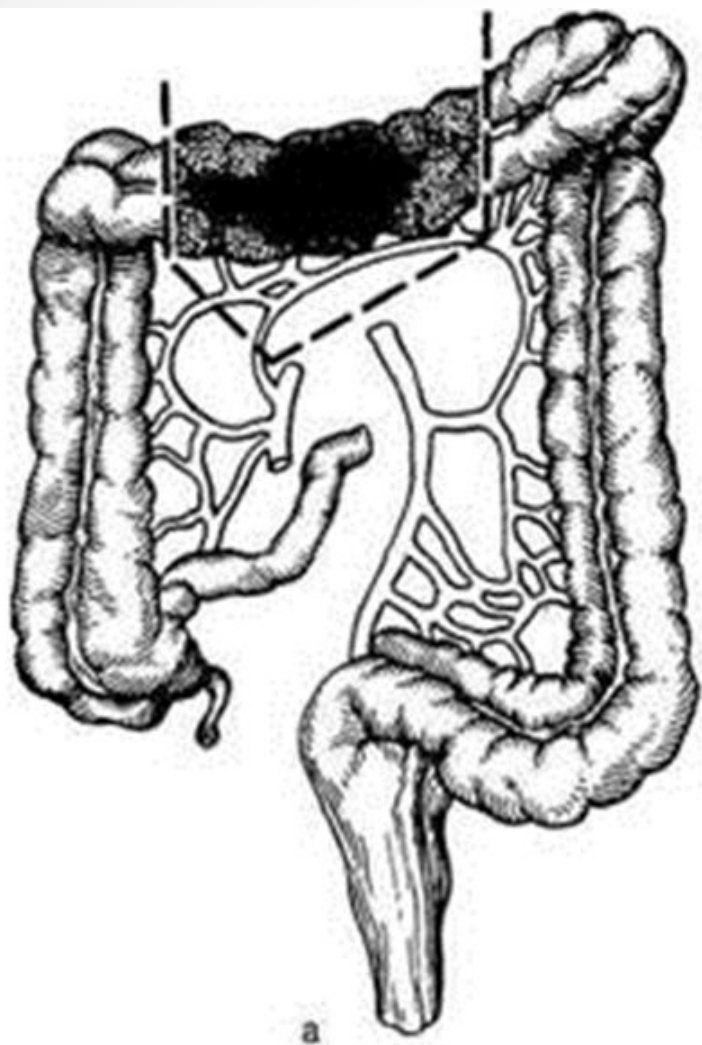


Рис. 23.4. Резекция поперечной ободочной кишки.  
а — зона резекции кишки; б — вид после коло-колостомии.

# Этапы операции

1. *верхняя срединная лапаротомия с ревизией органов брюшной полости.*
2. *удаление большого сальника, для облегчения дальнейших манипуляций. Для этого большой сальник приподнимают и отсекают ножницами на всём протяжении от правого до левого изгиба толстой кишки в бессосудистой зоне.*
3. *пересекают между зажимами желудочно-ободочную связку и брыжейку поперечной ободочной кишки как можно дальше от её стенки.*

4. Среднюю ободочную артерию перевязывают и пересекают отдельно вблизи места отхождения от верхней брыжеечной артерии. При раке *перевязку артерии и вены целесообразно сделать в начале операции.*

5. На удаляемую часть поперечной ободочной кишки накладывают с двух сторон жёсткие кишечные зажимы, а снаружи от них мягкие кишечные жомы.

6. Между ними кишку пересекают и удаляют.

7. Проподимость ободочной кишки восстанавливают наложением анастомоза по типу «*конец в конец*»

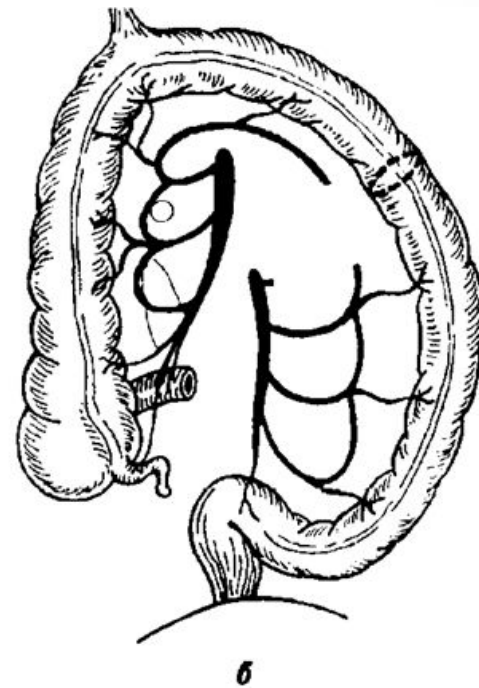
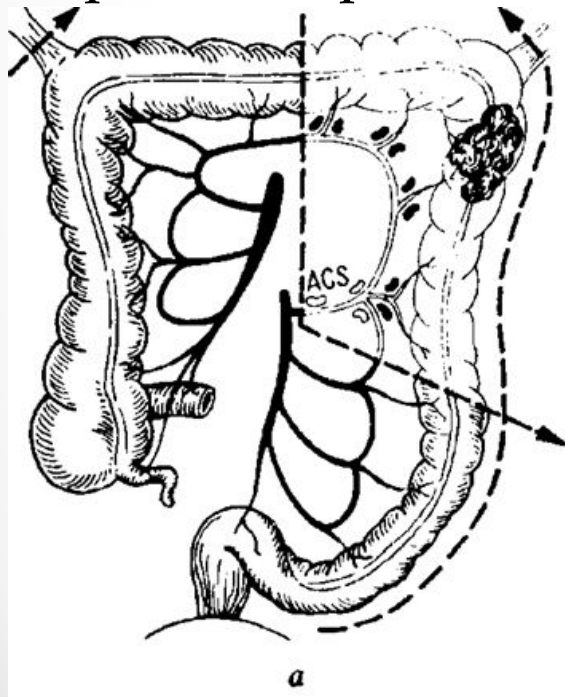
8. Зашивают образовавшееся окно в брыжейке.

# • Резекция селезеночного изгиба.

Производится в тех случаях, когда опухоль кишки расположена в области селезеночного изгиба.

Разрезается левая артерия толстой кишки .

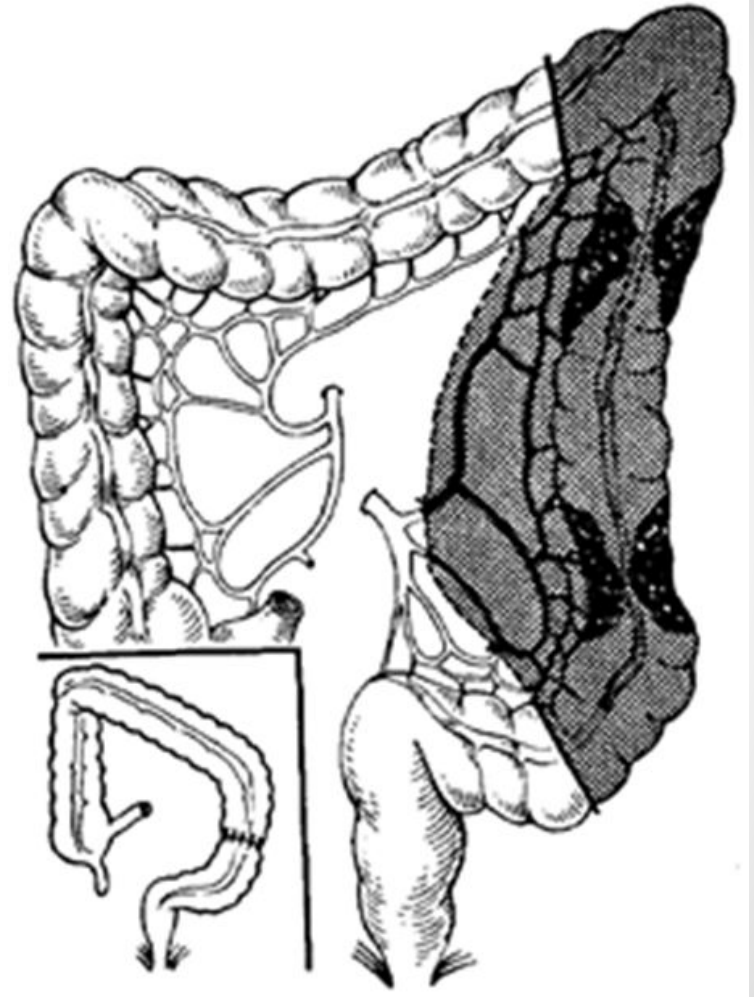
Непрерывность кишечного тракта восстанавливается наложением *трансверзосигмоидеостомии* после завершения резекции .





# • Левосторонняя гемиколэктомия

- применяется при опухолях на левой стороне толстой кишки, когда метастазы в лимфатические узлы окружают место отхождения нижней брыжеечной. Непрерывность кишки восстанавливается *трансверзоректостомией*.



# Этапы операции

1. Нижняя срединная лапаротомия с ревизией толстой кишки.
2. Рассекают наружный листок брюшины у корня брыжейки сигмовидной ободочной кишки вдоль левого бокового канала
3. Рассекают диафрагмально-ободочную связку
4. Обнажают мочеточник, который отводят кнаружи.
5. Рассекают внутренний листок брюшины у корня брыжейки сигмовидной ободочной кишки, где обнажают нижнюю брыжеечную артерию и её ветви
6. Перед мобилизацией кишки перевязывают верхние сигмовидные, левую ободочную артерии *на протяжении*.
7. Производят мобилизацию левого изгиба ободочной кишки и левой трети поперечной ободочной кишки

8. Перевязывают диафрагмально-ободочную и далее желудочно-ободочную связки до средней трети поперечной ободочной кишки, сохраняя сосуды большой кривизны желудка

9. Большой сальник удаляют полностью

10. Проверяют достаточность кровоснабжения остающихся верхнего и нижнего отрезков толстой кишки.

11. Накладывают кишечные зажимы на левую треть поперечной ободочной кишки и на мобилизованный отрезок сигмовидной кишки

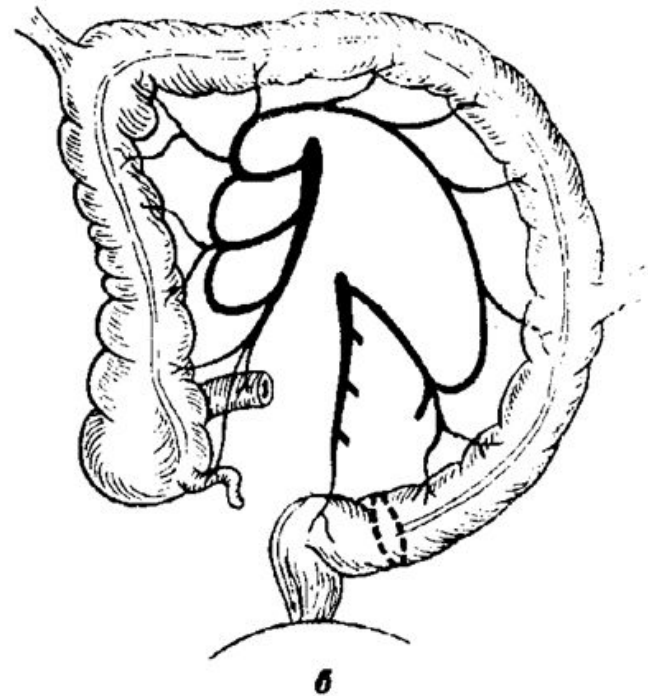
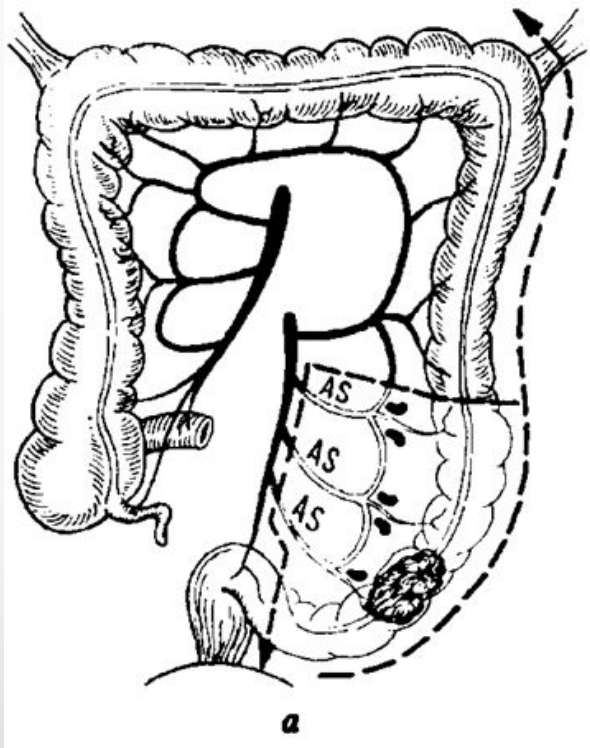
12. Кишку пересекают между зажимами и удаляют. Далее конец поперечной ободочной кишки низводят и накладывают *трансверзосигмоидный* (или *трансверсоректальный*) анастомоз по типу «конец в конец»

- **Резекция сигмовидной кишки.**

Производится при опухолях сигмовидной кишки.

Пересекаются артерии сигмовидной кишки .

Непрерывность кишечного тракта восстанавливается наложением *анастомоза между верхней и нижней культями сигмовидной кишки*. Если это наталкивается на значительные трудности, то мобилизуется селезеночный изгиб и нисходящая часть кишки.



# Этапы операции

1. *Выполняют нижнюю срединную лапаротомию с ревизией толстой кишки*
2. *Рассекают наружный листок брюшины брыжейки сигмовидной кишки по всей длине*
3. *Сигмовидную ободочную кишку отводят кнаружи и рассекают внутренний листок брюшины брыжейки.*
4. *Пересекают между зажимами и перевязывают первую и вторую сигмовидные артерии, сохраняя левую ободочную и верхнюю прямокишечную артерии (При раке сигмовидные артерии целесообразно перевязывать вначале операции)*

5. По обе стороны от опухоли накладывают два жестких кишечных зажима, снаружи от которых на расстоянии 2-2,5 см - два мягких зажима. Кишку отсекают скальпелем по краю жестких зажимов и удаляют.

6. Накладывают *анастомоз «конец в конец»*

7. Края брыжейки приводящей и отводящей петель сшивают узловыми шелковыми швами

8. Зашивают дефект брюшины по ходу бокового канала кетгутовыми швами.

# Эндоскопическое лечение раннего рака ободочной кишки

## Показания:

1. Тубулярно-ворсинчатые аденомы с тяжелой степенью дисплазии эпителия;
2. Аденокарциномы с инвазией в пределах слизистого слоя по данным УЗИ/МРТ;
3. Умеренная или высокая степень дифференцировки аденокарцином.

## Противопоказания :

1. Низкодифференцированная или слизистая аденокарцинома;
2. Лимфоваскулярная инвазия;
3. Стадия  $>pT1sm1$

## Варианты:

1. Эндоскопическая полипэктомия;
2. Эндоскопическая подслизистая резекция

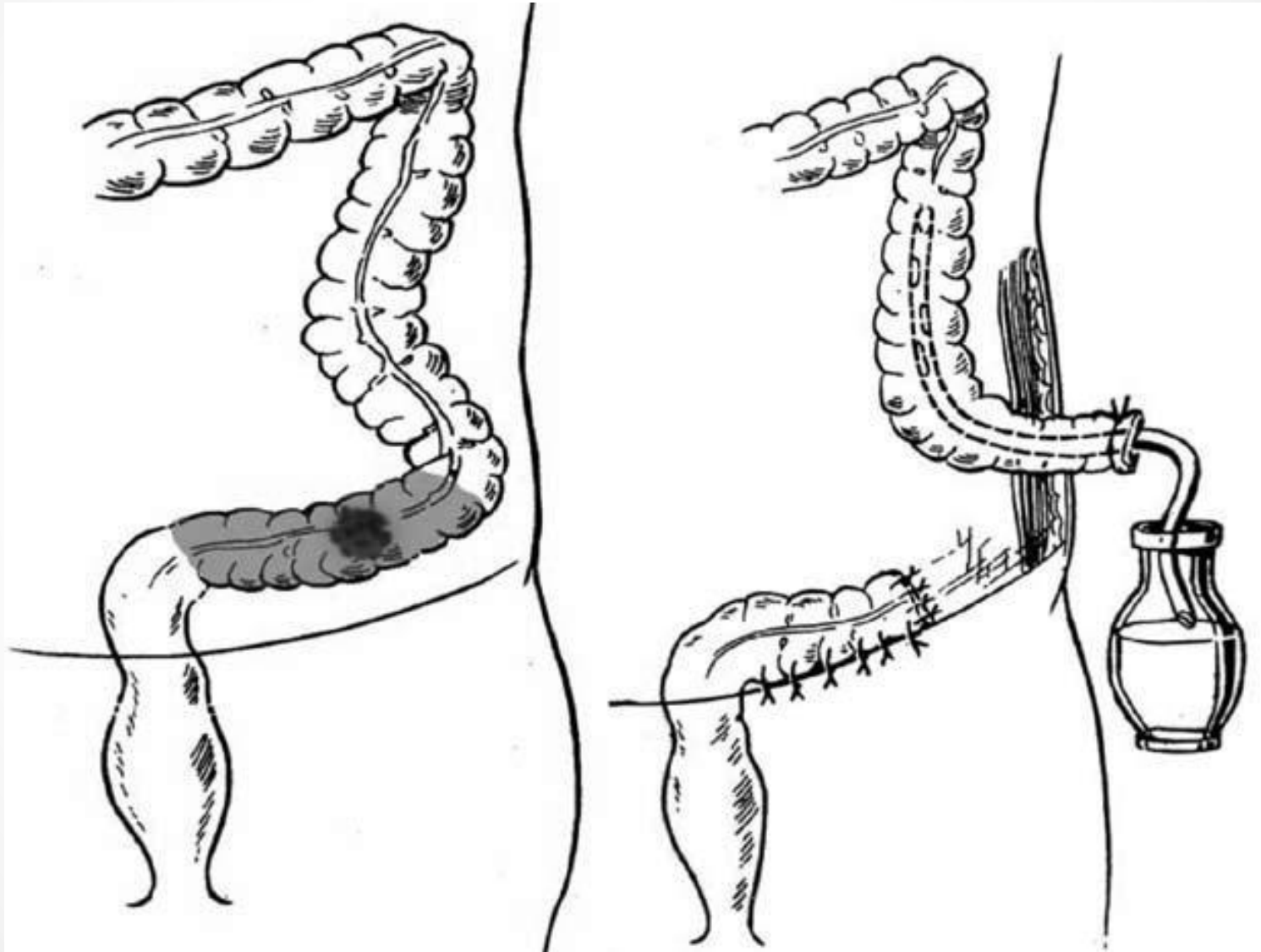
# Оперативное лечение осложненных форм

- Основные осложнения: перфорация, кровотечение, обтурационная кишечная непроходимость, перитонит
- Наиболее частым осложнением является **обтурация** (у 17-20% больных раком ободочной кишки).
- С данным видом осложнения первоначально проводят декомпрессию ЖКТ, одновременно детоксикационная терапия, коррекция волемических нарушения, нормализация функций органов.
- Если мероприятия неэффективны в **течении 2-4 часов (не более 6)** проводят оперативное вмешательство



- При осложненном непроходимостью раке левой половины ободочной кишки производят операцию Гартмана, правой – предпочтительна гемиколэктомия.
- **Операция Гартмана** заключается в резекции пораженного участка, ушивании и погружении в брюшную полость дистального конца кишки и выведении проксимального отрезка на переднюю брюшную стенку в виде колостомы. Восстановление непрерывности кишечной трубки осуществляют после стихания воспалительных явлений и нормализации состояния больного.

# Операция Гартмана



Если невозможно **удаление опухоли** **или имеются отдаленные метастазы,** то проводят **паллиативные операции,** направленные на предупреждение непроходимости кишечника:

1. паллиативные резекции
2. наложение обходного илеотрансверзоанастомоза
3. трансверзосигмоанастомоза и другие
4. накладывают колостому.

# Программа ускоренного выздоровления пациентов

Оптимизированный протокол периоперационного ведения пациента- применяется при неосложненном течении основного заболевания, анестезиологическом риске пациента I - III по шкале ASA, для ведения больных в предоперационном, операционном и постоперационном периоде.

В англоязычной медицинской литературе можно найти множество упоминаний об аналогичных методиках, описываемых под названиями **"Fast track surgery"** (FTS или FT) - хирургия быстрого пути или **"Enhanced Recovery After Surgery"** (ERAS) - ускоренное выздоровление после операции

# Элементы, составляющие оптимизированный протокол периоперационного ведения пациента:

1. Информирование пациента о предстоящем оперативном лечении, предоперационной подготовке, особенностях послеоперационного периода в связи с использованием оптимизированного протокола ведения. Планирование лечения, обследование пациента в короткие сроки.
2. Отказ от предоперационного голодания.
3. Отказ от механической очистки толстой кишки.
4. Отказ от премедикации опиоидами (наркотическими препаратами).
5. Постановка эпидурального катетера для проведения управляемой аналгезии интраоперационно и в раннем послеоперационном периоде.
6. Ограничение интраоперационного введения жидкостей.
7. Отказ от рутинной постановки назогастрального зонда. •

8. Предупреждение постоперационной тошноты и рвоты.
9. Поддержание оптимальной температуры тела пациента во время операции и в раннем послеоперационном периоде.
10. Минимизация операционной травмы органов и тканей (преимущественное использование лапароскопических методик, минимальные лапаротомные разрезы при открытой хирургии).
11. Отказ от рутинной установки дренажей.
12. Продолженная эпидуральная анестезия, дополняемая введением неспецифических противовоспалительных препаратов.
13. Раннее начало энтерального питания.
14. Ограничение послеоперационного внутривенного введения жидкостей (с первого послеоперационного дня).
15. Мобилизация пациента со дня операции.
16. Назначение стимулирующих кишечник препаратов со дня операции.
17. Раннее удаление мочевого, внутривенного, эпидурального катетеров.

# Результаты лечения:

- Летальность при радикальных операциях, выполненных по поводу рака ободочной кишки, равна 6-8 %.
- 5-летняя выживаемость зависит от стадии заболевания и степени дифференцировки клеток опухоли. Среди радикально оперированных она составляет в среднем 50%.
- Если опухоль не выходит за пределы подслизистой основы, то 5-летняя выживаемость приближается к 100%.
- При экзофитном росте опухоли прогноз несколько лучше, чем при эндофитном.
- Прогноз жизни во многом зависит от наличия или отсутствия метастазов в регионарных лимфатических узлах. При наличии таких метастазов пятилетняя выживаемость составляет 40%, а при их отсутствии- 80%

# Используемая литература:

1. Рекомендации ESMO (Европейское Общество Медицинской Онкологии), 2010 г.
2. Э.А.Петросян, В.И.Сергиенко «Топографическая анатомия и оперативная хирургия», 2007г.
3. И.Литтманн «Оперативная хирургия», 1985г.
4. А.А.Шайн «Онкология», 2004г.
5. В.С. Савельев «Клиническая хирургия. Национальное руководство» 2 т., 2009г



**Спасибо за внимание!**