

ОНКОХИРУРГИЯ РАКА СЛЕПОЙ КИШКИ И ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА

¹Керимов А.Х., ²Алиев А.Р., ²Аскеров Н.А., ¹Зейналов Ф.А.,
²Зейналов Р.С., ¹С.Сейранкызы, ²Гусейнов Т.Е.

*e-mail: onkologiya_adhti@mail.ru

¹*Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования
Врачей им.А.Алиева, кафедра онкологии, Баку, Азербайджан;*
²*Национальный Центр Онкологии, отделение абдоминальной онкологии,
Баку, Азербайджан*

Представленная нами статья посвящена анализу материала 97-ми больных раком слепой кишки и червеобразного отростка, поступивших в абдоминальное отделение за период 2005-2015 гг. В исследование вошли 73 мужчин 24 женщины, возраст больных колебался от 38 до 76 лет и, в более 83% случаях, данная патология встречалась в возрасте 40-50 лет. Рак слепой кишки установлен у 84, а рак червеобразного отростка у 13, из них у 7 больных, к сожалению, диагноз был установлен после аппендэктомии, оперированных в других общих лечебных учреждениях. У госпитализированных больных в 94,3% случаях болезнь сопровождалась желудочно-кишечной (особенно, тонкокишечной) непроходимостью. Из общего числа 96,2% больным произведено в ранние сроки на 1-5 сутки оперативное вмешательство – правосторонняя гемиколэктомия с лимфодиссекцией с последующим илео-трансверзо (бок в бок и конец в бок) анастомозом с дренированием брюшной полости, а также при необходимости этим больным проводили резекцию печени. На основании анализа собственного материала нами получен ряд выводов.

Ключевые слова: рак, слепая кишка, червеобразный отросток, гемиколэктомия, анастомоз.

По данным различных авторов, злокачественные заболевания слепой кишки, в том числе червеобразного отростка, среди всех злокачественных новообразований толстой кишки, составляют небольшую долю и встречаются приблизительно от 0,06 до 8% случаев [3, 5, 12, 14].

Несмотря на то, что слепая кишка совместно с червеобразным отростком вместе с илеоцекальной (Баугиниевой) заслонкой анатомически относится к выходной части, вернее к самому началу толстого кишечника и морфологически несхожими опухолями толстой кишки, оттого онкологическая статистика выделяет данный участок, как злокачественный процесс из общей группы колоректального рака (КРР) [4, 6, 8, 10].

Статистически доказано, что онкопатология слепой кишки и червеобразного отростка часто встречается у мужчин, чем у женщин и при этом данная патология, в 90% случаев возникает у больных старше 40 лет. При данной патологии на ранних стадиях заболевания клиническим признаком является появление болей в брюшной полости, которые, как правило, носят летучий характер, начиная от одного отдела и переходят в другие отделы. Эта боль может имитировать боли при язве желудка и 12-перстной кишки, а также при заболеваниях желчного пузыря, однако при прогрессировании процесса заболевания она локализуется в правой подвздошной области брюшной полости. Установлено, что у каждого второго больного заболевание протекает с функциональными нарушениями акта дефекации с болезненными позывами и запорами сменяющимися поносами. Каждый третий больной жалуется на тошноту, что объясняется раздражением рецепторов, расположенными в слизистой кишечника, которые связаны с рвотным центром головного мозга [2, 5, 13, 18].

Было установлено, что у больных раком слепой кишки и при запущенных случаях воспаления червеобразного отростка за сутки они теряют большое количество жидкости, порою с примесью крови, что приводит к снижению гемоглобина (Hb) и развитию токсико-анемического синдрома (ТАС). При дифференциальной диагностике данной патологии необходимо, во-первых, исключить болезнь Крона – терминальный илеит, как локальный неспецифический воспалительный процесс протекающий клинически, как и при раке слепой кишки и червеобразного отростка, однако эндоскопическая картина резко отличается тем, что визуальна стенка слизистой кишки напоминает «булыжную мостовую» [7, 16, 19].

Во-вторых, необходимо дифференцировать с туберкулезным поражением толстой, особенно участка слепой кишки, причем данная патология очень часто наблюдается у лиц молодого возраста, в анамнезе которых упоминается о туберкулезном поражении легких. Помимо этого, у этой категории больных в крови отмечается лейкопения и лимфоцитоз, а

также у них наблюдается субфебрильная температура. В-третьих, рак слепой кишки и червеобразного отростка также необходимо дифференцировать с грибковыми-микотическими заболеваниями кишки, особенно с актиномикозом слепой кишки, однако при данной патологии в правой подвздошной области живота формируется инфильтрат деревянистой плотности, которая позже осложняется свищом слепой кишки. И наконец, одним из сложностей дифференциальной диагностики рака слепой кишки и червеобразного отростка, является периаппендикулярный инфильтрат, с различными катаральными, флегмонозными и гангренозными заболеваниями отростка, который необходимо дифференцировать у женщин с новообразованием правого яичника.

Важно помнить о такой очень редкой патологии кишечника, как заворот слепой кишки, которая составляет около 5-7% от всех видов заворота общего кишечника. У данной категории больных возникает внезапная боль в правой подвздошной области с асимметрической вздутостью живота и пальпаторно чувство пустоты в данной области, что связано с тромбозом брыжеечной артерии [1, 7, 9, 11].

У больных раком слепой кишки и червеобразного отростка установлено, что характерным клиническим симптомом может быть анемия ТАС, обусловленная кишечным кровотечением. Несмотря на определенные успехи в диагностике указанного заболевания с учетом клинической картины, по-прежнему остается высокий процент от 30 до 84,8% запущенных осложнений, таких как кишечная непроходимость, перфорация кишки, перитонит и т.д. Развитие тяжелых осложнений во многом связано с госпитализацией больных, с заболеванием рака слепой кишки и червеобразного отростка в общие лечебные учреждения [9, 11, 15, 17].

Учитывая вышеизложенное, а также сложности клинической картины, диагностики и оперативного лечения больных раком слепой кишки и червеобразного отростка, данная проблема до сих пор остается актуальной.

Цель исследования. На основе анализа собственного материала разработать оптимальный срок диагностики и оперативного вмешательства рака слепой кишки и червеобразного отростка.

Материалы и методы. За период 2005-2015 гг в отделение абдоминальной онкологии НЦО и на кафедре онкологии Аз.ГИУВ им. А.Алиева МЗ Азербайджанской Республики были изучены материалы 97 больных раком слепой кишки и червеобразного отростка, из них 73 мужчин и 24 женщин, в возрастном диапазоне 38 - 76 лет, средний возраст больных был от 40 до 50 лет и составил 83% от общего числа всех обследованных.

Больным, как правило, диагноз после госпитализации был установлен на основании комплексных клиничко-лабораторных и дополнительных методов исследований, начиная с обзорной рентгенографии с последующими УЗИ, КТ, МРТ, и фиброэндоскопии с обязательным гистоморфологическим изучением биопсионного материала, взятого со стенки слепой кишки. При необходимости этим больным проводили иррегоскопию и анализ крови на онкомаркеры с изучением уровня РЕА и СА19.9.

У поступивших в абдоминальное отделение больных диагноз рак слепой кишки был установлен у 84, рак червеобразного отростка - у 13 больных, однако из них у 7 этот диагноз, к сожалению, был установлен после аппендэктомии оперированных в общих лечебных учреждениях.

Из общего числа обследованных клинически у 27-ми больных выявлено явление желудочно-кишечной, у 14 тонко-толстой и у 18 тонкокишечной непроходимости, что составило 55,2%, у данной категории больных в 96,5% случаях была выявлена анемия, являющаяся проявлением ТАС.

Всем больным после установления клинического диагноза выполняли соответствующие корректирующие мероприятия со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной системы, показателей водно-солевого обмена и белковой недостаточности проводили дезинтоксикационную терапию, в том числе нозогастральное зондирование желудка.

Результаты и обсуждение. Всем больным после соответствующих корректирующих мероприятий, были произведены оперативные вмешательства не позже первых 5-ти суток. Так, на 1-2 сутки после госпитализации оперированы – 12, на 2-3 сутки – 39, на 3-5 сутки – 46 больных. Из 97 поступивших больных у 68 был установлено кишечное кровотечение, перфорация кишки у 3-х, перфорация опухоли у 7 и у 3 больных установлен перитонит.

От общего числа больных в 96,2% случаях была произведена правосторонняя гемикольэктомия с илео-трансверзо (бок в бок и конец в бок) анастомозом. Во время операции одновременно проводили лимфодиссекцию метастатических лимфоузлов, а также, при необходимости, резекцию метастатического поражения участка печени. Во всех случаях оперативное вмешательство заканчивалось дренированием брюшной полости.

Однако, к сожалению, оперативное вмешательство из-за запущенного распространенного процесса у 7 больных закончилось наложением обходного илео-трансверзо анастомоза, а у 2-х больных – илеостомой.

У оперированных больных на основании интраоперационных и гистоморфологических данных удаленного пораженного участка, больных с I стадией заболевания, к сожалению, не было выявлено. II стадия заболевания установлена у 38, III стадия – у 46, IV стадия заболевания была установлена 13 больных.

Заключение. Проведенное исследование еще раз продемонстрировало, что при раке слепой кишки, в особенности при раке червеобразного отростка объем оперативного вмешательства одинаков – правосторонняя гемикольэктомия с лимфодиссекцией. Учитывая, что при данной патологии очень ускоренно наступает ряд таких угрожающих осложнений, как глубокая интоксикация, кишечное кровотечение, перфорация, перитонит, эти больные должны оперироваться в течении первых пяти суток.

На основании анализа собственного материала, мы пришли к выводам:

1. Больные раком слепой кишки и червеобразного отростка, во избежание повторных операций, должны оперироваться в онкологических учреждениях, а не в стационарах общего профиля.
2. При выявлении рака слепой кишки и червеобразного отростка (особенно после аппендэктиомии) необходимо вмешательство в течении I-V суток.
3. При раке червеобразного отростка больным необходимо произвести идентичную в объеме операцию, что и при раке слепой кишки, т.е. правостороннюю гемиколэктомию с последующей лимфодиссекцией, илео-трансверзо анастомозом и дренированием брюшной полости.

ЛИТЕРАТУРА – ƏDƏBİYYAT – REFERENCES

1. Ağayev V.A. Sərrahi xəstəliklər. B., 1980, s.284-285
2. Алиев С.А. Спорные и нерешенные вопросы хирургической тактики при перфорации толстой кишки // Вестн.хир.-2001-№4-с.44-49
3. Аликов А.А. Хирургическая тактика при кишечной непроходимости опухолевой этиологии у пожилых больных. Автореф.дис....канд.мед.наук – Ростов-на-Дону. 1998-23 с.
4. Важенин А.В., Маханьков Д.О., Сидельников С.Ю. Результаты лечения больных с опухолевой толстокишечной непроходимостью // Хирургия. -2007.-№4.-С.49-53
5. Ганцев Ш.Х. Онкология. – Москва. – МИА, 2004; 487 с.
6. Гафтон Г.И., Щербаков А.М., Егоренков В.В., Гельфонд В.М. Нарушение непроходимости желудочно-кишечного тракта // Практич. Онкол. Ургентные состояния в онкологии, 2006; №2: с.77-83
7. Гешелин С.А. Неотложная онкохирургия.-Киев: Здоровье, 1988; 200 с.
8. Дарвин В.В., Ильканич А.Я., Онищенко С.В., Климова Н.В. Лечение больных с осложнениями злокачественных опухолей ободочной кишки // Хирургия, 2007; №6: С.8-12
9. Лисицын К.М., Ревской А.К. Неотложная хирургия при онкологических заболеваниях органов брюшной полости. М.: Медицина, 1986; 192 с.
10. Ушверидзе Д.Г., Симонов Н.Н., Барчук А.С. и др. Организация экстренной хирургической помощи больным с осложненными формами рака толстой кишки // Вопросы онкол., 199; №2: с.89-93
11. Царьков П.В., Башанкаев Б.Н., Кравченко А.Ю., Тулина И.А. Оценка безопасности и эффективности ДЗ-лимфодиссекции в лечении опухолей правой половины толстой кишки // Креативная хирургия и онкология. 2010; 4: 15-19.
12. Baxter NN, Virnig DJ, Rothenberger DA, Morris AM, Jessurun J, Virnig BA. Lymph node evaluation in colorectal cancer patients: a population-based study // J Natl Cancer Inst. 2005; 97(3): 219-225.
13. Benedix F, Kube R, Meyer F, Schmidt U, Gastinger I, Lippert H. Comparison of 17,641 patients 'with right- and left-sided colon cancer: differences in epidemiology, perioperative course, histology and survival // Dis Colon Rectum. 2010; 53(1): 57-64.
14. Bowne WB, Lee B, Wong WD, Ben-Porat L, et al. Operative salvage for locoregional

- recurrent colon cancer after curative resection: an analysis of 100 cases // *Dis Colon Rectum*. 2005; 48(5): 897-909.
15. Change, Rodriguez-Bigas MA, Skibber JM, Moyer VA. Lymph node evaluation and survival after curative resection of colon cancer: systematic review // *J Natl Cancer Inst*. 2007; 99(6): 433-441.
 16. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008 // *Int J Cancer*. 2010; 127(12): 2893-2917.
 17. Gunderson LL, Jessup JM, Sargent DJ, Greene FL, Stewart AK. Revised TN categorization for colon cancer based on national survival outcomes data // *J Clin Oncol*. 2010; 28(2): 264-271.
 18. Hellinger MD, Santiago CA. Reoperation for recurrent colorectal cancer // *Clin Colon Rectal Surg*. 2006; 19(4): 228-236.
 19. Koebrugge B, Vogelaar FJ, Lips DJ, Pruijt JF, van der Linden JC, Ernst MF, Bosscha K. The number of high-risk factors is related to outcome in stage II colonic cancer patients // *Eur J Surg Oncol*. 2011 37; 11: 964-970.

XÜLASƏ

KÖR BAĞIRSAĞIN VƏ SOXULCANABƏNZƏR ÇIXINTININ XƏRÇƏNGİNİN ONKOCƏRRAHİYYƏSİ

¹Kərimov Ə.X., ²Əliyev A.R., ²Əskərov N.Ə., ¹Zeynalov F.Ə., ²Zeynalov R.S.,
¹S.Seyran q., ²Hüseynov T.E.

¹Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu,
onkologiya kafedrası, Bakı, Azərbaycan;

²Milli Onkologiya Mərkəzi, abdominal onkologiya şöbəsi, Bakı, Azərbaycan

Təqdim edilən məqalədə MOM-un onkoabdominal şöbəsinə 2005-2015-ci illərdə qəbul edilmiş və müxtəlif növ cərrahiyyəsinə məruz olmuş 97 kör bağırsağın və soxulcanabənzər çıxıntının xərçəngi olan xəstələrin materialları biz tərəfdən ətraflı araşdırılmışdır. Qəbul olan xəstələrdən 73 kişi, qadınlar 24 və bunların yaş həddi 38-76 arasında, amma xəstəlik əsasən yəni 83% – 40-50 yaşları olan xəstələdə təyin edilmişdir. Kör bağırsağın və soxulcanabənzər çıxıntının xərçəngi olan xəstələrin 94,3% mədə bağırsağ (ələxsus nazik bağırsağ) keçməməzliliklə müşaidə olunurdu. Qəbul olmuş xəstələrin 96,2%-nə sağtərəfli hemikolektomiya və limfodisseksiya həcimində cərrahi əməliyyat edilmiş, göstəriş olan vaxt qaraciyərin hissəsi rezeksiyası edilmiş və əməliyyat ileo-transverso anastomoz və qarın boşluğunun drenaj qoyulması ilə nəticələnirdi.

Açar sözlər: xərçəng, kör bağırsağ, soxulcanabənzər çıxıntı, hemikolektomiya, anastomoz.

SUMMARY

ONCOSURGERY FOR COECUM AND VERMIFORM CANCER

¹Kerimov A.Kh., ²Aliev A.R., ²Askerov N.A., ¹Zeynalov F.A., ²Zeynalov R.S.,
¹S.Seyran kyzy, ²Huseynov T.E.

¹*Azerbaijan State Institute for Advanced Training of Doctors named after A. Aliyev, department of oncology, Baku, Azerbaijan;*

²*National Oncology Center, department of abdominal oncology, Baku, Azerbaijan*

The article presented by us is devoted to the analysis of the material of 97 patients with coecum and vermiform appendix cancer, who entered the abdominal department of the national center of oncology for the period 2005-2015 73 men, 24 women, the age of patients ranged from 38 to 78 years, from him 83% of cases, this pathology was revealed in patients 40-50 years old. Cancer of the coecum was established in 84, cancer of the appendix in 13 patients. Unfortunately, in 7 of them, the diagnosis was made after appendectomy operated in various general medical networks. Basically, in patients in 94, 3% of cases of the disease was accompanied by gastrointestinal (mainly small intestine) obstruction. Of the total, 96.2% of cases, patients underwent right-sided hemicolectomy with lymph dissection, after ileo-transverse anastomosis (side to side and end to side), if necessary, the liver was resected and, as a rule, in all cases, the abdominal cavity was drained. Based on the analysis of our own material, we obtained a number of conclusions.

Keywords: cancer, coecum, appendix, hemicolectomy, anastomosis.

Redaksiyaya daxil olub: 23.02.2021

Çapa tövsiyə olunub: 16.03.16

Rəyçi: t.e.d. Q.F.Müslimov