



НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

**Северо – Осетинская государственная
медицинская академия**

Кафедра госпитальной хирургии

Руководитель: ДМН. Профессор Тотиков В.З.

Преподаватель: к.м.н. Доцент Татров А.С

Выполнил: Аспирант 1-года Халлаев Р.А

г. Владикавказ 2022

Актуальность проблемы:

- ✓ **Неуклонный рост количества больных раком прямой кишки.**
- ✓ **Увеличение частоты осложненных форм рака прямой кишки.**
- ✓ **Отсутствие тенденции к снижению послеоперационной летальности и неоперабельных форм.**

Актуальность проблемы:

- ✓ **Отсутствие работ, посвященных применению внутрибрюшной и внутритазовой химиотерапии рака прямой кишки, осложненной непроходимостью.**
- ✓ **Высокая частота опухолевой диссеминации в брюшной полости при раке толстой кишки, при этом отмечается тенденция к росту ее выявления.**

I. Kanellos et al., 2003, P. Vogel et al., 2000.

Цель исследования:



анализ результатов лечения больных раком прямой кишки, осложненным непроходимостью.

Материалы и методы:

Основная группа: 53 больных. 28 мужчин, 25 женщин.

Возраст: 42 - 84 лет, средний возраст $65,6 \pm 4,9$ лет.

ЛЕЧЕНИЕ: Радикальные ОПЕРАЦИИ +

Внутрибрюшная и внутритазовая химиотерапия

Контрольная группа: 58 пациентов. 29 мужчин и 27 женщин.

Возраст 45 - 82 лет, средний возраст $64,3 \pm 3,7$ лет.

ЛЕЧЕНИЕ: Радикальные ОПЕРАЦИИ

Степень тяжести физического состояния больных с обтурационным нарушением проходимости прямой кишки

Степень тяжести физического состояния	Основная группа	Контрольная группа
1 степень	12,5%	11,9%
2 степень	43,8%	44,8%
3 степень	40,6%	40,3%
4 степень	3,1%	3,0%

Локализация опухоли

Локализация опухоли	Основная группа	Контрольная группа
До 6см от края анального канала	8 (15%)	8 (13,8%)
От 7 до 12см от края анального канала	12 (22,7%)	12 (20,7%)
От 12 до 17см от края анального канала	33(62,3%)	38 (65,5%)
Итого	53 (100%)	58 (100%)

Гистологическая структура опухолей

Гистологическая структура опухоли	Основная группа	Контрольная группа
Высокодифференцированная аденокарцинома	7 (13,2%)	6 (10,3%)
Умереннодифференцированная аденокарцинома	36 (67,9%)	41 (70,7%)
Низкодифференцированная аденокарцинома	5 (9,4%)	5 (8,6%)
Слизистая аденокарцинома	4 (7,5%)	4 (6,9%)
Плоскоклеточный рак	1 (1,8%)	2 (3,4%)
Всего:	53 (100,0%)	58 (100,0%)

Поражение регионарных лимфатических узлов

Поражения лимфатических узлов	Основная группа	Контрольная группа
Есть метастазы	22 (41,5%)	24 (41,4%)
Нет метастазов	31 (58,5%)	34 (58,6%)
Всего:	53 (100%)	58 (100%)

Лечебно-диагностическая программа при остром нарушении проходимости прямой кишки

Общий осмотр, общий анализ крови и мочи, биохимия крови, ЭКГ, осмотр терапевта

IV стадия (перитонит)

Аспирация содержимого верхних отделов ЖКТ.
Коррекция водно-электролитных нарушений.
Эндо-лимфатическое введение антибиотиков.
В течение 2-3 часов операции.

I стадия.

Коррекция метаболических и сердечно-сосудистых нарушений, прием слабительных средств; операция в отсроченном порядке. Антибиотикотерапия. При перифокальном воспалительном процессе в течение 7-8 дней до операции.

II стадия. Коррекция водно-электролитных и сердечно-сосудистых нарушений в течение 12-24 часов.

I-II-III стадия.

Обзорная рентгенография брюшной полости, УЗИ.

Паранефральные блокады, перидуральный блок, спазмолитики, стимуляция кишечника, очистительные или сифонные клизмы. При необходимости колоноскопия, PPS, ирригоскопия.

Аспирация содержимого верхних отделов ЖКТ. Коррекция гемостаза.

Обзорная рентгенография брюшной полости (через 5-6 часов).

III стадия. Коррекция водно-электролитных и сердечно-сосудистых нарушений в течение 6-12 часов (до операции).

Критерии прогноза различных стадий острого нарушения проходимости прямой кишки

I стадия	II стадия	III стадия	IV стадия
ОБЪЕКТИВНЫЕ			
На обзорной рентгенографии брюшной полости уменьшение объема газа над уровнем жидкости на 30% и более. Диаметр ракового канала более 10 мм.	На обзорной рентгенографии брюшной полости уменьшение объема жидкости и газа до 30% включительно. Диаметр ракового канала 6-10 мм.	На обзорной рентгенографии брюшной полости нарастание объема жидкости и газа. Диаметр ракового канала менее 5 мм.	
КОСВЕННЫЕ			
Обильное отхождение каловых масс и газа, резкое уменьшение вздутия живота, выраженное уменьшение интенсивности болевого синдрома, улучшение общего состояния.	Умеренное отхождение каловых масс и газа, умеренное уменьшение вздутия живота, снижение интенсивности болевого синдрома, улучшение общего состояния.	Кишечное содержимое не отходит или отходит в незначительном количестве, вздутие живота и болевой синдром нарастает, общее состояние ухудшается.	Вздутие живота, отсутствие самостоятельного стула, газы не отходят, симптомы перитонита.

I стадия

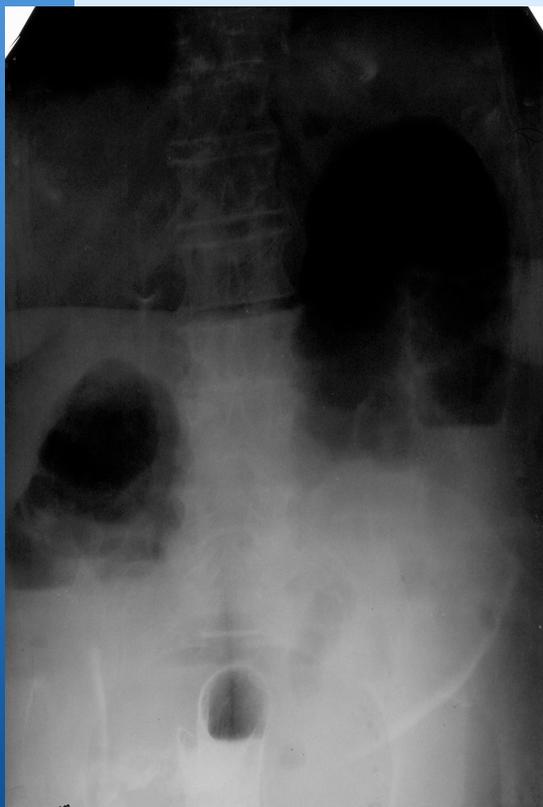


Рентгенограмма при поступлении



Рентгенограмма после терапии

II стадия

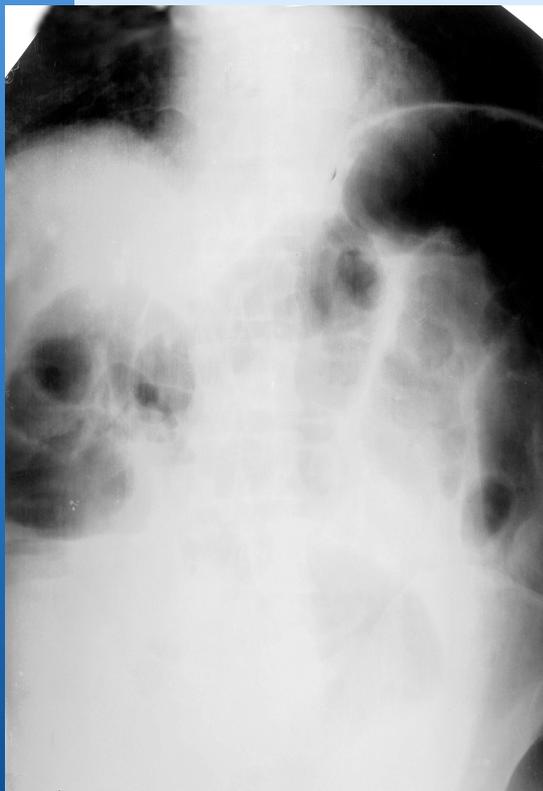


Рентгенограмма при поступлении



Рентгенограмма после терапии

III стадия



Рентгенограмма при поступлении

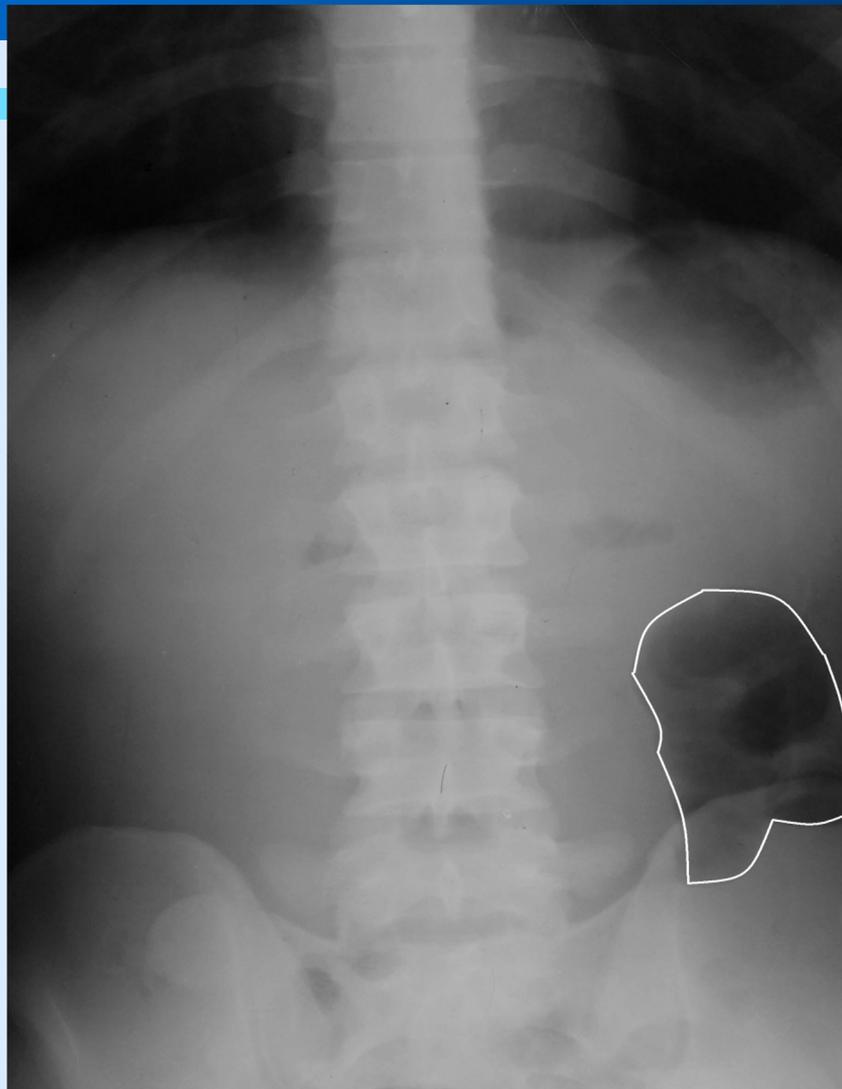


Рентгенограмма после терапии

Шаг сетки по вертикали и горизонтали – 1 см



Определение площади газа над уровнями жидкости с помощью компьютерной программы



Стадии нарушения проходимости прямой кишки в обеих группах

Стадия нарушения проходимости прямой кишки	Основная группа	Контрольная группа
I стадия	19 (35,8%)	26 (44,8%)
II стадия	20 (37,7%)	18(31,0%)
III стадия	14 (26,5%)	14 (24,2%)

Характер оперативных вмешательств в основной группе.

Виды резекции	1 этап	3 этапа	Всего
Передние резекции	13	20	33
Низкие передние резекции	7	6	13
Экстирпации ПК	5	2	7

Характер оперативных вмешательств в контрольной группе.

Виды резекции	1 этап	3 этапа	Всего
Передние резекции	25	13	38
Низкие передние резекции	6	6	12
Экстирпации ПК	6	2	8

Лечение больных основной группы

У больных основной группы были выполнены оперативные вмешательства в сочетании с интра- операционной внутрибрюшной, а также внутритазовой химиотерапией Митомицином С - 12 мг/м^2

- $1,5\%$ раствор глюкозы 700 мг/м^2
- $T_0 = 43^\circ\text{C}$
- экспозиция 3 часа

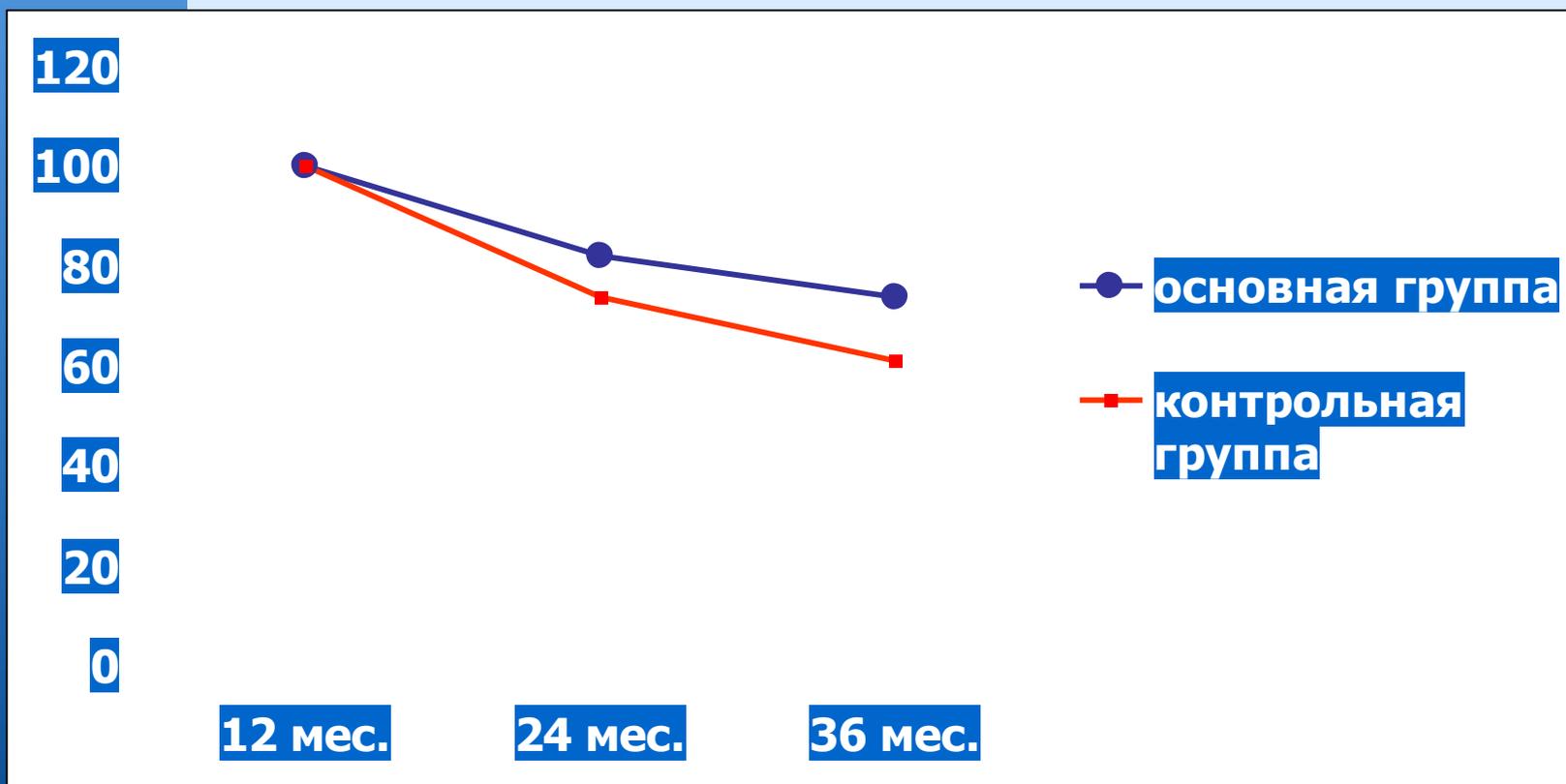
Послеоперационные осложнения:

Характер осложнений	Основная группа		Контрольная группа	
	Осложнения	Летальность	Осложнения	Летальность
Несостоятельность анастомоза	1	-	1	-
Ранняя кишечная непроходимость	1	-	1	-
Нагноение раны	4	-	5	-
Абсцесс брюшной полости	-	-	1	-
Всего:	6 (11,3%)	-	8 (13,8%)	-

Частота местных рецидивов в обеих группах:

Группы:	Местные рецидивы
Основная группа	5 (9,4%)
Контрольная группа	12 (20,7%)

3-летняя выживаемость в основной и контрольной группах:



Заключение:

- ✓ Проведение интраоперационной внутрибрюшной и внутритазовой химиотерапии, при использовании способа прогнозирования исхода декомпрессионной терапии и трехэтапных оперативных вмешательств с укороченным межоперационным периодом, не приводит к увеличению числа послеоперационных осложнений и летальных исходов, а также позволяет снизить частоту местных рецидивов и улучшить отдаленные результаты лечения.

Перечень литературы:

- Абакумов М.М., Смоляр А.Н. Значение синдрома высокого внутрибрюшного давления в хирургической практике (обзор литературы) // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2013. - № 12. - С.66-72.
- Алекперов С.Ф., Пугаев А.В., Ачкасов Е.Е. и др. Современные тенденции в хирургическом лечении обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза // Российский онкологический журнал. 2013. - № 1. - С. 54 - 57.
- Важенин А.В., Маханьков Д.О., Сидельников С.Ю. Результаты лечения больных опухолевой толстокишечной непроходимости // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2012. - № 4. - С. 49-53.
- Ермолов А.С., Рудин Э.П., Оюн Д.Д. Выбор метода хирургического лечения обтурационной непроходимости при опухолях ободочной кишки // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2012. - № 2. - С. 4-7.



НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

**Северо – Осетинская государственная
медицинская академия**

Кафедра госпитальной хирургии

Руководитель: ДМН. Профессор Тотиков В.З.

Преподаватель: к.м.н. Доцент Татров А.С

Выполнил: Аспирант 1-года Халлаев Р.А

г. Владикавказ 2022