

18. ПЕРФОРАЦИЯ ОПУХОЛИ ОБОДОЧНОЙ И ПРЯМОЙ КИШКИ

Перфорация опухоли ободочной и прямой кишки – угрожающее жизни состояние, развивающееся вследствие нарушения целостности пораженной опухолью стенки кишки, которое сопровождается истечением его содержимого в свободную брюшную полость или забрюшинное пространство.

Коды по МКБ-10: K63.1; C18.0, C18.1, C18.2, C18.3, C18.4, C18.5, C18.6, C18.7, C18.8, C18.9, C19, C20.

Классификация

По клиническим формам (типам перфорации): перфорация в свободную брюшную полость, прикрытая перфорация, атипичная перфорация (в забрюшинное пространство, сальниковую сумку).

По наличию осложнений перфорации: перитонит, абсцессы брюшной полости, сепсис.

Догоспитальный этап

В зависимости от тяжести заболевания, степени риска возникновения осложнений, коморбидного фона, а также в целях предоставления дифференцированного объема диагностической и лечебной помощи, показана госпитализация в хирургический стационар с учетом структуры, коечной мощности, оснащения и обеспеченности квалифицированными кадрами медицинского учреждения в соответствии с уровнем системы оказания экстренной медицинской помощи и каналами маршрутизации пациентов, сформированными в субъекте Российской Федерации.

Госпитальный этап

Всем пациентам при поступлении в хирургический стационар проводится медицинская сортировка в зависимости от степени тяжести заболевания и коморбидного фона. Исходя из необходимости в первоочередных лечебных мероприятиях пациенты распре-

деляются на три категории. По результатам сортировки пациенты маршрутизируются в палату интенсивной терапии, в операционную, в диагностическое или хирургическое отделение.

Диагностика

Обязательные исследования: общий (клинический) анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма, группа крови, Rh-фактор; ЭКГ, УЗИ брюшной полости, обзорная рентгенография брюшной полости/КТ брюшной полости.

Рекомендуется выполнить обзорную рентгенографию органов брюшной полости для обнаружения свободного газа. При низкой информативности рентгенологического метода рекомендуется проведение компьютерной томографии (КТ) брюшной полости.

Дополнительные исследования: диагностическая лапароскопия, онкомаркеры (СА 19–9, РЭА), КТ органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза с внутривенным контрастированием.

Лечебная тактика

Пациентам в тяжелом состоянии с признаками разлитого перитонита и выраженными явлениями интоксикации, синдромными расстройствами и сопутствующими заболеваниями рекомендовано проведение предоперационной подготовки в условиях блока интенсивной терапии/реанимационного отделения или операционной с целью коррекции основных витальных функций и улучшения периперационного прогноза. Время подготовки определяется консилиумом в составе врача-хирурга, врача-анестезиолога-реаниматолога с привлечением специалистов другого профиля при необходимости.

Анестезиологическое пособие определяется исходя из тяжести состояния пациента, объема хирургического вмешательства, наличия сопутствующей патологии. Методом выбора анестезиологического пособия является общая анестезия.

Антибиотикопрофилактика начинается в предоперационном периоде с эмпирического назначения антибактериальных препаратов в соответствии с предполагаемым патогеном по результатам

микробиологического мониторинга стационара. Коррекция последующей антибиотикотерапии в случае необходимости проводится на основании микробиологического исследования с определением чувствительности микроорганизмов к антибиотикам.

Пациентам с клинико-инструментальными признаками перфорации опухоли толстой кишки рекомендовано хирургическое вмешательство с целью ликвидации/отграничения поврежденного участка кишки. Основная цель хирургического лечения – ликвидация причины перитонита, санация и дренирование брюшной полости. Объем хирургического вмешательства должен быть минимально достаточным.

При перфорации резектабельной опухоли и стабильном состоянии пациента целесообразно выполнить резекцию ободочной кишки. При локализации опухоли в правых отделах предпочтительнее выполнять правостороннюю гемиколэктомию с решением вопроса о выведении илеостомы или формировании первичного анастомоза на интраоперационном консилиуме. При локализации опухоли в поперечно-ободочной, нисходящей, сигмовидной кишке и ректосигмоидном отделе – обструктивную резекцию ободочной кишки с выведением одностольной колостомы. При нерезектабельных опухолях необходимо формирование петлевой кишечной стомы как можно ближе к опухоли.

При внебрюшинной перфорации опухоли прямой кишки с образованием паратуморозного абсцесса целесообразно проводить вскрытие и дренирование промежностным доступом с формированием петлевой колостомы. При забрюшинной перфорации опухоли ободочной кишки с развитием абсцесса без явлений перитонита показано чрескожное дренирование полости абсцесса под УЗ-наведением или внебрюшинное вскрытие с формированием петлевой стомы проксимальнее места перфорации.

Дальнейшая тактика совпадает с описанной в главе «Перитонит». Общие принципы лечения перитонита заключаются в ликвидации источника перитонита, санации брюшной полости, хирургическом лечении основного заболевания, купировании септического шока и полиорганной недостаточности, лечении

сепсиса. Необходимо учитывать особенности конкретной нозологии, которая послужила причиной развития перитонита, и динамику местного и системного воспалительного процесса.

Вид хирургического доступа пациентам с клинической картиной перитонита рекомендуется определять в зависимости от нозологической формы, тяжести состояния больного и распространенности перитонита. Возможно использование как лапаротомного, так и лапароскопического доступа, в том числе для уточнения диагноза и определения оптимального доступа при конверсии. Диагностическая лапароскопия при клинической картине перитонита и отсутствии септического шока и компартмент-синдрома целесообразна, т.к. позволяет в большинстве случаев верифицировать причину перитонита, оценить истинную распространенность перитонита и избежать напрасной лапаротомии. В случае обоснованных сомнений в эффективности лапароскопического вмешательства или технической невозможности проведения операции предпочтение отдается лапаротомии.

В случае тяжелого нестабильного состояния пациента целесообразно применение тактики этапного хирургического лечения (Damage Control). В таких случаях объем первичной операции должен быть минимальным и направлен на устранение источника перитонита (резекция участка кишки без формирования анастомоза или кишечной стомы, контроль контаминации брюшной полости, возможно в исключительных случаях ушивание перфорации без резекции). В дальнейшем, в условиях отделения реанимации, проводится интенсивная терапия, направленная на стабилизацию состояния пациента. Повторное хирургическое вмешательство с адекватным объемом выполняется через 24 часа. Изменение сроков релапаротомии определяется на консилиуме.

Решение о повторных (программных, этапных) санациях брюшной полости принимается на основании многофакторной интраоперационной оценки хирургической ситуации в зависимости от тяжести и распространенности перитонита. Для объективизации критериев к релапаротомии либо к завершению санаций возможно использовать интегральные шкалы оценки состояния,

Мангеймский индекс перитонита (QR-код 1), прогностический индекс релапаротомии (QR-код 2), критерии интраоперационной оценки характера поражения органов брюшной полости при перитоните (QR-код 3).



Мангеймский индекс



ПИР



Критерии оценки поражений

В случае пареза кишечника с расширением кишки более 4 см показана назоинтестинальная интубация. Интубация всей тонкой кишки нецелесообразна. Интестинальный зонд должен быть удален не позднее чем через 4–5 суток.

При наличии не полностью санированного источника инфекции в брюшной полости, высокого риска развития синдрома интраабдоминальной гипертензии, флегмоне передней брюшной стенки, абдоминальном сепсисе вакуум-ассистированная лапаростомия может обладать преимуществами перед традиционным ведением перитонита с использованием программных релапаротомий.

Лечение пациентов по показаниям продолжается в отделении реанимации и интенсивной терапии до стабилизации их состояния с последующим переводом в профильное хирургическое отделение. Комплекс консервативного лечения: инфузионная терапия, особенно на начальном этапе лечения, должна быть индивидуализирована, антибактериальная терапия, вазопрессорная поддержка при необходимости, респираторная поддержка, экстракорпоральные методы детоксикации, антикоагулянтная терапия, антисекреторная терапия, нутритивная поддержка, контроль внутрибрюшного давления. При длительном нахождении в отделении реанимации или интенсивной терапии целесообразна консультация нутрициолога и специалиста по медицинской психологии.

При подтверждении впервые выявленного злокачественного новообразования в обязательном порядке заполняется форма 090/у (извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом ЗНО).

При необходимости осуществляется консультация с профильным онкологическим стационаром с использованием телемедицинских технологий. При выписке пациент направляется в учреждение амбулаторной онкологической помощи согласно действующим нормативным приказам Министерства здравоохранения РФ и региональных территориальных программ.