

П.І. Костя,
І.М. Пономар'єв,
О.М. Білий,
П.Ю. Костя

Синхронний первинно-множинний рак ободової кишки і шлунка: радикальне поетапне хірургічне лікування

ДУ Інститут медичної
радіології ім. С.П. Григор'єва
АМН України, Харків

Synchronous primary multiple cancer
of the colon and stomach:
radical staged surgery

За даними різних вітчизняних і зарубіжних авторів, частота полінеоплазій становить 5–21 % [1–3]. Діагностика і лікування первинно-множинних пухлин шлунково-кишкового тракту залишається складною онкологічною і хірургічною проблемою [1, 2]. Розробка раціональної тактики лікування цього захворювання є актуальною для практичної охорони здоров'я, оскільки одночасне виникнення пухлин у різних відділах травного тракту створює труднощі в етапному хірургічному лікуванні. Досі дискутуються питання діагностики і вибору наступної тактики лікування [2, 3].

Пропонуємо приклад нашого клінічного спостереження. Хворий С., 1938 р. нар., історія хвороби № 51525, звернувся до клініки інституту 21.11.2005 р. зі скаргами: напади болів у животі, здуття живота, затримка випорожнення і газів, втрата до 10 кг маси тіла. Вважає себе хворим упродовж 6 місяців.

При об'єктивному огляді живіт здутий, при аускультативній вислуховується гіперперистальтика, при пальпації в правій верхній половині нечітко визначається пухлинний конгломерат, віддалених метастазів не виявлено.

Хворому було проведено обстеження: в клінічному аналізі крові виявлено зниження еритроцитів до $3,57 \times 10^{12}$, гемоглобіну — 93 г/л, колірною показника — 0,78, загального білка — 54,2 г/л.

При рентгенодослідженні (іригоскопії) товстої кишки (від 23.11.2005 р.) видно, що вона

тужаво сповнена зависсю до печінкового кута, де визначається ділянка циркулярного звуження просвіту до 0,5 см, протяжністю до 5 см, що видно з рис. 1.

При колоноскопії (від 30.11.2005 р.) колоноскоп проведено у висхідну кишку. В 3 см від печінкового кута просвіт кишки циркулярно звужений до 8 мм екзофітним утворенням, проведена біопсія.

При гістологічному дослідженні (№ 18289 від 09.12.2005 р.) знайдена помірнодиференційована аденокарцинома.

Ультразвукове дослідження показало, що гепатобілярна система без патології. Рентгенодослідження легень — N.

Хворому було встановлено передопераційний діагноз: рак висхідного відділу ободової кишки (T3NXM0), II кл.гр., ускладнений частковою механічною товсто-кишковою непрохідністю. 13.12.2005 р. пацієнту було проведено операцію: Лапаротомія. Геміколектомія справа. Дренаж черевної порожнини.

Під час ревізії органів черевної порожнини виявлено: петлі тонкого й товстого кишечника різко роздуті. В зоні печінкового кута ободової кишки визначається пухлина до 7 см у діаметрі кам'янистої густини, що перекриває просвіт кишки.

У пілоантральному відділі шлунка виявлена ще одна пухлина — діаметром до 7 см, яка не проростає серозний шар, прохідність пілоричного каналу достатня.

Пацієнту була виконана субопераційна езофагогастродуоденоскопія. При дослідженні у шлунку виявлена невелика кількість секреторної рідини з домішкою крові. Просвіт антрального відділу циркулярно звужений через інфільтрацію стінок. Виконана біопсія. Ендоскопічно встановлено діагноз: рак антрального відділу шлунка.

Таким чином, при ревізії органів черевної порожнини під час операції було встановлено діагноз: рак висхідного відділу ободової кишки (Т3NХМ0), гр. II і рак дистального відділу шлунка (Т3NХМ0), гр. II.

У зв'язку із загальним станом хворого, наявністю терапевтичної патології, відсутністю верифікації захворювання шлунка було вирішено виконати радикальне хірургічне лікування поетапно. На першому етапі виконати правобічну геміколектомію, на другому (коли мине 2 місяці), — резекцію шлунка. Патогістологічне дослідження видаленого препарату: № 15123127 від 16.10.2006 р.

Видалена частина тонкої кишки 12 см і 25 см висхідного відділу товстої кишки. На відстані 11 см від дистального краю резекції пухлинподібно змінена слизова на ділянці протяжніс-

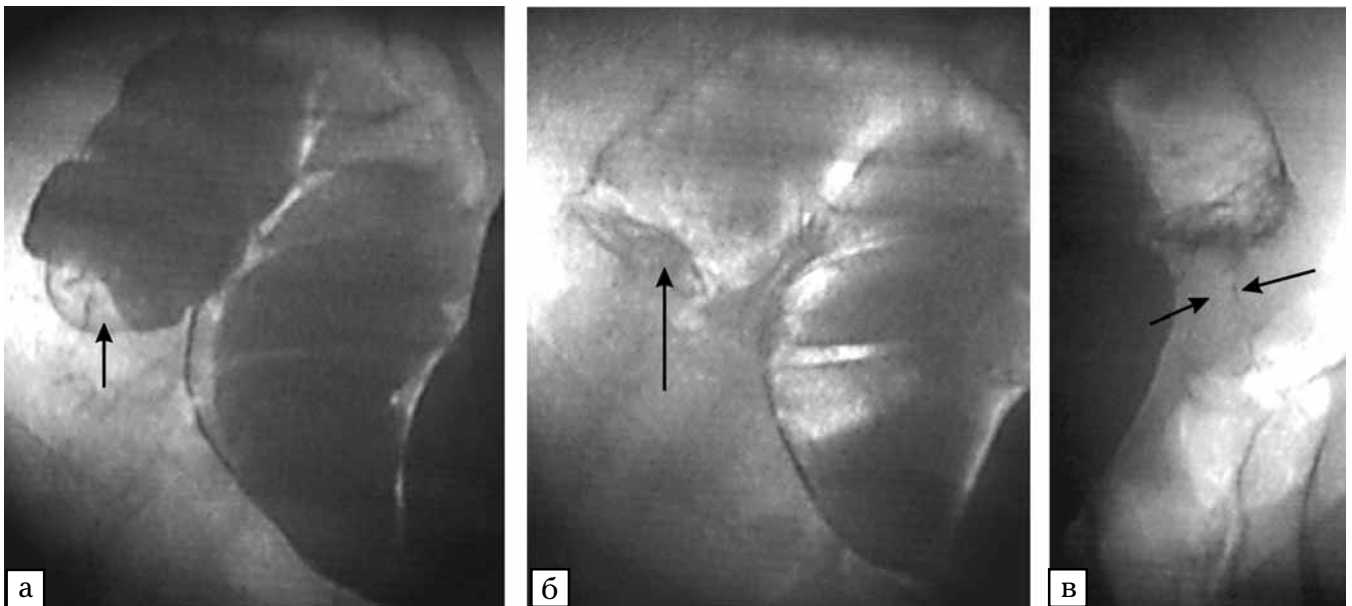


Рис. 1, а-в. Рентгенологічне дослідження товстої кишки. Висновок: захворювання висхідної кишки. Показана колоноскопія

Fig. 1, a-v. X-ray investigation of the large intestine. Conclusion: disease of ascending colon. Colonoscopy is indicated

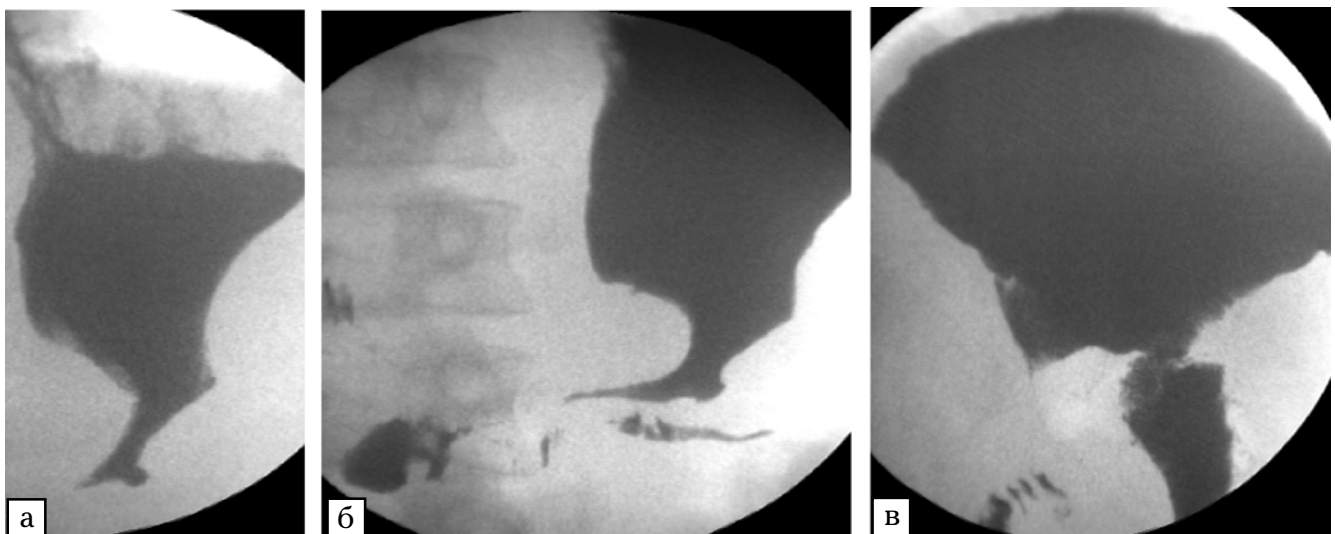


Рис. 2, а-в. Рентгенологічне дослідження стравоходу, шлунка і дванадцятипалої кишки. Висновок: СА тіла і висхідного відділу шлунка (інфільтративна форма)

Fig. 2, a-v. X-ray study of the esophagus, stomach and duodenum. Conclusion: cancer of the stomach body and ascending portion (infiltrative form)

тю 5 см, пухлина циркулярно охоплює кишку, звужуючи її просвіт і проростає у приналежну жирову тканину, в якій визначаються 3 лімфовузла діаметром до 0,5 см.

Мікроскопічно: помірнодиференційована аденокарцинома, що проростає в стінку кишки з мікрометастазами в жирову клітковину. У лімфовузлах і краях резекції елементів пухлинного росту не виявлено.

Післяопераційний період минув без ускладнень. Хворого виписали з клініки 06.01.2006 р. з повним відновленням функції кишечника, стабілізацією показників крові.

Повторно пацієнта госпіталізували до клініки інституту 22.09.2006 р. Було проведено додаткове обстеження: рентгенологічне дослідження стравоходу, шлунка й дванадцятипалої кишки: рак шлунка, стеноз висхідного відділу (рис. 2).

Була проведена езофагогастродуоденоскопія. Ендоскопічно встановлено діагноз: рак шлунка. Виконано біопсію пухлини.

Гістологічно № 2792-96 від 02.03.2006 р.

Низькодиференційована аденокарцинома.

При комп'ютерній томографії органів черевної порожнини: КТ-ознаки дифузно-інфільтрованого захворювання шлунка; помірно виражені ознаки портальної гіпертензії. Таким чином підтверджено діагноз: рак дистального відділу шлунка (Т3NХМ0), гр. II.

Пацієнта повторно прооперували 05.10.2006 р. Виконано дистальну субтотальну резекцію шлунка. Дренаж черевної порожнини.

При ревізії органів черевної порожнини даних щодо рецидиву раку ободової кишки не виявлено. Ілеоколоанастомоз прохідний.

Патогістологічне дослідження видаленого препарату: № 15123127 від 16.10.2006 р.

Мікроскопічно: помірнодиференційована аденокарцинома шлунка. У видалених лімфовузлах малого сальника метастази раку.

В післяопераційному періоді проводилася відповідна терапія. Ускладнень не було і в задовільному стані хворого 25.10.2006 р. виписали з лікарні.

Таким чином, ми рекомендуємо пацієнтам похилого віку з супутньою терапевтичною патологією і наявністю первинно-множинного

раку шлунково-кишкового тракту виконувати радикальне хірургічне лікування поетапно. Спочатку оперувати більш розвинуті форми раку, які загрожують життю хворих.

Література

1. Яковлев С.И., Кравчук Ж.Н., Воленко А.В. // *Хирург.* — № 12. — 1998. — С. 58.
2. Потапова Т.Н. // *Рос. онкол. журн.* — 2002. — № 5 — С. 11–15.
3. Чхиквадзе В.Д. и др. // *Там же.* — 2006. — № 3. — С. 47–50.

Надходження до редакції 26.03.2007.

Прийнято 30.03.2007.

Адреса для листування:

Костя Прохор Іванович,
ДУ Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва АМНУ,
вул. Пушкінська, 82, Харків, 61024, Україна