

Г.В. Кулініч,
О.А. Радченко,
В.П. Лаврик

Метастазування раку печінкового кута товстої кишки в серце

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

A case of metastases of cancer of liver angle
of the rectum to the heart

Рак товстої кишки займає 3-тє місце серед злоякісних новоутворів шлунково-кишкового тракту. Найчастіше він розвивається в місцях фізіологічного звужування кишки — сліпій кишці, печінковому і селезінковому кутах товстої кишки, місці переходу сигмоподібної кишки в пряму. У 40,3 % випадків рак локалізується в сліпій висхідній кишці та ділянці печінкового кута [1–3].

Клініцистам відомо, що при локалізації раку в правій половині кишки клініка кишкової непрохідності спостерігається вельми рідко, що, в свою чергу, ускладнює вчасну діагностику раку правої половини товстого кишечника [4].

За статистикою деяких зарубіжних дослідників, метастатичні ураження серця трапляються в 3,4–5,7 % випадків, з перебігом під маскою інших захворювань, що необхідно враховувати при проведенні диференційної діагностики [5–6].

Виявлення метастазів у серці в онкологічних хворих полегшується, коли діагностовано первинну пухлину. Найчастіше в серце метастазують злоякісні новоутвори печінки, шлунка, товстої кишки, грудної залози, кровотворної тканини, меланоми, щитоподібної залози.

Однак, на думку деяких дослідників, на 1-му місці за частістю метастазування в серце стоїть лейкемія (46,0 %), на 2-му — меланома (37,4 %), на 3-му — рак щитоподібної залози (30,0 %). У вітчизняній літературі ми не знайшли повідомлень про метастазування раку товстої кишки в серце. Тому значний інтерес становить наше клінічне спостереження.

Хвору Б., 61 рік, госпіталізовано в клініку ІМР ім. С.П. Григор'єва АМНУ 02.12.2004 р. зі скаргами на болі у верхніх відділах живота,

переважно в правому підребер'ї, нудоту, здуття живота, малооформлене випорожнення, загальну виражену слабкість, задишку, серцебиття при незначному фізичному навантаженні, болі в правому плечовому суглобі.

Загальна слабкість, зниження апетиту, анемія непокоять протягом 4 років. У 2001 р. лікувалася в абдомінальному відділенні обласного онкодиспансеру з підозрою на захворювання шлунка. Їй виконано 08.06.2001 р. лапаротомію, ревізію черевної порожнини, видалено фіброматозний вузол матки. Встановлено діагноз: гемангіома печінки, фіброматоз матки. Виписано 18.06.2001 р. для спостереження за місцем проживання.

До серпня 2004 р. по медичну допомогу хвора не зверталася, і зробила це, коли з'явилися болі в правому підребер'ї, здуття живота та малооформлене випорожнення. У листопаді 2004 р. жінку було обстежено амбулаторно, діагностовано множинні метастази в печінку.

При госпіталізації загальний стан тяжкий. Шкірні покриви бліді, з жовтяничним відтінком. Підшкірно-жировий шар слабо розвинений, тургор шкіри знижений. Периферичні лімфовузли не збільшені. Над легенями перкуторно зліва ясний легеневиий звук, справа в середніх і нижніх відділах притуплення, аускультативно зліва дихання везикулярне, справа — волюгі хрипи у верхніх і середніх відділах, у нижньому відділі дихання не прослуховується. Межі серця розширені ліворуч. Тони приглушені, миготлива аритмія, ЧСС — 116 за 1 хв, АТ — 90/60 мм рт. ст. Язик дещо сухий, обкладений сірим нальотом. Живіт здутий, пальпаторно помірно болісний у верхніх відділах, переважно в правому підребер'ї. Печінка збільшена до

рівня крила клубової кістки справа, тужава, грудкувата, при пальпації болісна. Селезінка не збільшена. Випорожнення малооформлене, 2–4 рази на добу. Синдром Пастернацького негативний з обох боків. Діурез без особливостей. Клінічний аналіз крові: ер. — $3,14 \cdot 10^{12}/\text{л}$; Нб — 94 г/л; колірний показник — 0,89; трб — $131 \cdot 10^9/\text{л}$; Нт — 30,0 %; Le — $24,5 \cdot 10^9/\text{л}$; e — 1 %; мієлоцити — 1 %; мегамієлоцити — 1 %; п — 31 %; с — 56 %; л — 6 %; м — 4 %; акроцитоз — мікроцити, нормобласти 5:100; ШОЕ — 12 мм/г.

Біохімічний аналіз крові: загальний білок — 76,0 г/л; сечовина — 15,8 ммоль/л; білірубін загальний — 17,9 мл/л; глюкоза — 5,0 ммоль/л; АЛТ — 0,94 мкмоль/г; АСТ — 1,38 мкмоль/г; онкомаркер СА 19,9 — 314,02 од/мл.

Клінічний аналіз сечі: питома вага — 1025; білок — 0,13 г/л; епітелій перехідний — 0–1 у полі зору; лейкоцити — 10–12 у п/з; еритроцити — 2–3 у п/з; циліндри шлакові — 1–2 у п/з; нирковий епітелій — 1–2 у п/з; солі — урати; слиз — помірна кількість.

Електрокардіограма — напіввертикальна електрична позиція, миготлива тахіаритмія, порушення процесів реполяризації в задньо-бічних відділах на фоні вираженого дифузного зниження трофіки міокарда.

Рентгеноскопія і рентгенографія органів грудної клітки: праворуч затемнення 2/3 легеневого поля; плеврит. Корені легенів не диференціюються; ліворуч — без особливостей. Середина тінь зміщена вліво (рис. 1).

За даними УЗД, специфічного онкомаркера, тропного до підшлункової залози СА 19–9 — 313,02 ($N < 29$ од/мм), було встановлено діагноз раку головки підшлункової залози, множинні метастази в печінку.

Заключний діагноз: рак підшлункової залози II ст. T4NM1, Mts ураження печінки, Mts плеври. Кл. гр. IV. Ракова інтоксикація. Вторинна анемія. Гіпертонічна хвороба II ст. Ішемічна хвороба серця: атеросклероз аорти, коронарних артерій в поєднанні з міокардіодистрофією змішаного генезу СН II А ст.

Проводили також інтенсивну дезінтоксикаційну антиангінальну та симптоматичну тера-

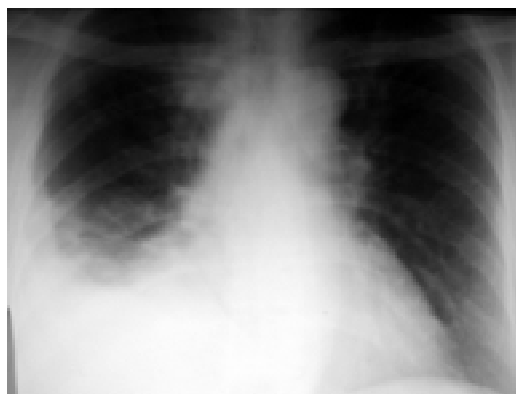


Рис. 1. Рентгенограма грудної клітки хворої Б.
Fig. 1. Patient B. chest x-ray

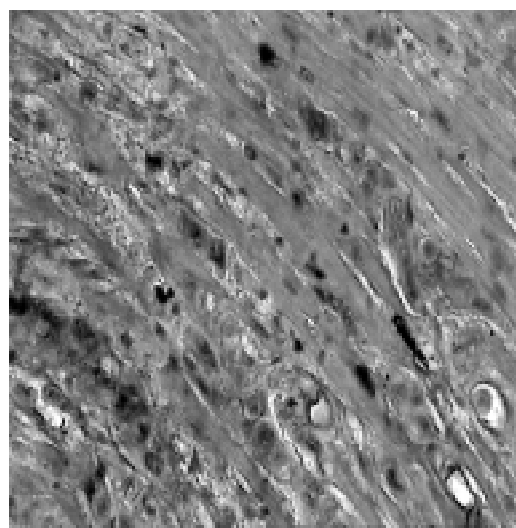


Рис. 2. Метастаз карциноми в міокард, забарвлення гематоксилін-еозином, $\times 400$

Fig. 2. A metastasis of the carcinoma to the myocardium, staining with hematoxylin-eosin, $\times 400$

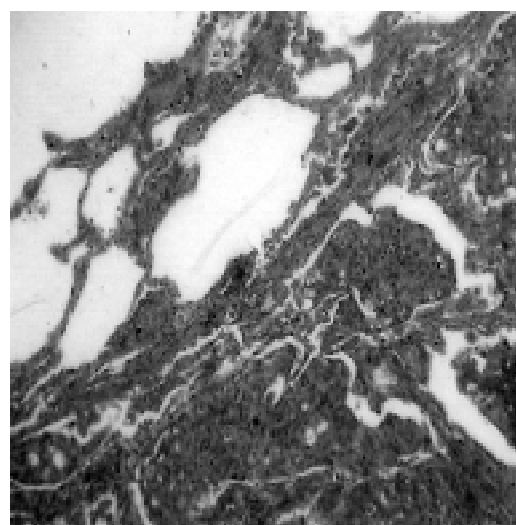
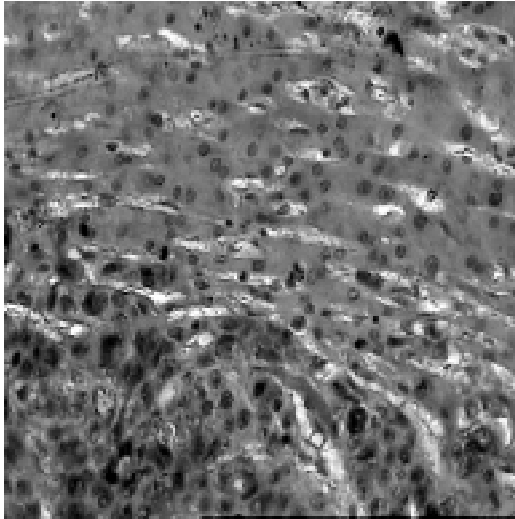


Рис. 3. Метастаз карциноми в легеню, забарвлення гематоксилін-еозином, $\times 400$

Fig. 3. A metastasis of the carcinoma to the lung, staining with hematoxylin-eosin, $\times 400$



Література

1. Волков Д.П. // *Вопр. онкол.* — 1997. — № 1. — С. 3–10.
2. Злокачественные новообразования в России в 1997 году (заболеваемость и смертность) / Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Л.В. Ременник. — М., 1999. — 288 с.
3. Злокачественные новообразования в Санкт-Петербурге в 1996 году (заболеваемость, смертность, летальность, выживаемость) / Под ред. В.М. Мерабишвили. — СПб, 1999.
4. Beart R.W., McIlion L.J., Maueia A. et al. // *Dis. Colon Rectum.* — 2001. — Vol. 26. — P. 393–399.
5. Gundetson L.C., Cohen A.M., Welch C.W. // *Am. J.* — 2000. — Vol. 139. — P. 51–52.
6. Grinderson L.C., O'Connell, M.J. // *Oncol. Hemalol.* — 2002. — Vol. 6. — P. 223–259.

Надходження до редакції 10.06.2008.

Прийнято 26.06.2008.

Адреса для листування:

Кулініч Галина Василівна,

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

Рис. 4. Метастаз карциноми в печінку, забарвлення гематоксилін-еозином, $\times 400$

Fig. 4. A metastasis of the carcinoma to the liver, staining with hematoxylin-eosin, $\times 400$

пю. Однак на 8-й день перебування в стаціонарі настала смерть хворої при явищах гострої серцево-судинної недостатності.

Патологоанатомічний діагноз: рак печінкового кута товстої кишки, множинні метастази в печінку, 4-те ребро праворуч, заочеревинні лімфовузли, легені, серце, нирки.

При розтині хворої Б. виявлено низькодиференційовану аденокарциному товстого кишечника в ділянці печінкового кута з множинними метастатичними ураженнями внутрішніх органів. Метастази карциноми знайдено в серці (рис. 2), легенях (рис. 3), печінці (рис. 4). При досить множинних метастатичних осередках у серці, його розміри і конфігурація були нормальними.

Метастатичні ділянки розташовувалися переважно в стінці лівого шлуночка та перегородці.

Таким чином, описаний випадок демонструє труднощі діагностики первинного осередка пухлини і локалізації метастазів. Поява таких симптомів, як тахікардія, аритмія, прогресування серцево-судинної недостатності в хворих, які раніше не хворіли на ревматизм, стенокардію та не переносили інфаркту міокарда, має насторожити клініциста відносно пухлинного процесу з локалізацією у серцевому м'язі.