

С.В. Шутов, П.І. Костя,
О.В. Панов, Р.М. Спужак

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

Одномоментне радикальне хірургічне лікування первинно-множинного раку ободової кишки

One stage radical surgery for primarily multiple
colon cancer

Пацієнт С., 1946 р. народження, 14.11.2001 р. звернувся до консультативного відділення інституту зі скаргами на періодичні переймоподібні болі в животі й рідкі випорожнення з домішками свіжої та темної крові. Він вважав себе хворим приблизно 3 місяці й раніше за медичною допомогою не звертався.

Хворого було госпіталізовано до клініки ІМР ім. С.П. Григор'єва АМН України 03.12.2001 р. (історія хвороби № 33173). При об'єктивному дослідженні у правій верхній половині живота визначалося тужаве горбисте обмежено рухоме новоутворення, що мало зміщувалося. При пальцевому дослідженні прямої кишки за 6 см від відхідникового отвору визначалося тужаве горбисте кровоточиве новоутворення, верхнього краю якого не вдавалося досягти. Для пацієнта була розроблена програма обстеження, що охоплювала: а) загальноклінічне обстеження; б) інструментальне дослідження прямої та ободової кишок — ректороманоскопію з біопсією пухлини, іригографію, колоноскопію з біопсією пухлин прямої та ободової кишок.

При загальноклінічному обстеженні хворого відзначено:

гематологічне дослідження крові: лейкоцити (WBC) — $9,8 \cdot 10^9 / \text{л}$; еритроцити (RBC) — $3,63 \cdot 10^{12} / \text{л}$; гемоглобін — 92 г/л; гематокрит — 30,0%; середній об'єм еритроцитів (MCV) — 82,6 ф.л. — 10^{-15} л ; середній вміст гемоглобіну — 25,3 пг (10^{-12} г); середня концентрація гемоглобіну в еритроцитарній масі (MCHC) — 30,7 г %.

Анемія гіпохромного мікронормоцитарного характеру.

Дослідження сечі та копрологічне обстеження особливих відхилень не виявили.

Слід зазначити низький вміст білків у крові — загальний білок 52 г/л, альбуміни — 21,3 г/л.

Інструментальне дослідження прямої та ободової кишок дало такі результати:

1. Ректороманоскопія. Протокол дослідження № 195 від 15.11.2001 р.

Ректоскоп введено на 25 см. На правій стінці на 8 см від ануса — блюдцеподібний тумор діаметром близько 3 см. Біопсія пухлини. В анальному каналі — застійні гемороїдальні вузли, що спускаються нижче зубчастого м'яза.

Висновок: рак середньоампулярного відділу прямої кишки, комбінований геморої.

2. Рентгенологічне дослідження прямої кишки № 3176 від 15.11.2001 р. Протокол дослідження.

При дослідженні товстої кишки у фазі тугого заповнення, випорожнення та роздування в середньоампулярному відділі по правій стінці визначається плоский крайовий дефект наповнення протяжністю до 3 см. У поперечно-ободовій кишці поблизу печінкового кута — циркулярний дефект наповнення протяжністю до 6–7 см з нечіткими нерівними контурами з депо зависі. Висхідна кишка деформована. Гаустрація нерівномірна. Сигма віддалена з утворенням N-петлі за типом двостволки. Випорожнення неповне. Дані подані на рис. 1–3.

Висновок: первинно-множинний рак товстої кишки.

3. Колоноскопія № 4806 від 19.11.2001 р. Протокол дослідження.

Колоноскоп проведено в поперечно-ободову кишку. Дещо не дійшовши до печінкового кута, просвіт кишки різко звужується пухкою, крихкою пухлиною, за яку не вдається пройти. Біопсія. Зскрібок. У прямій кишці — описані раніше зміни.

Висновок: рак прямої кишки і правої половини ободової кишки (рис. 4, 5).

Патогістологічне вивчення матеріалу (№ 14687414826) — помірнодиференційована аденокарцинома кишки (M8140/3). Хворого 26.11.2001 р. було представлено на

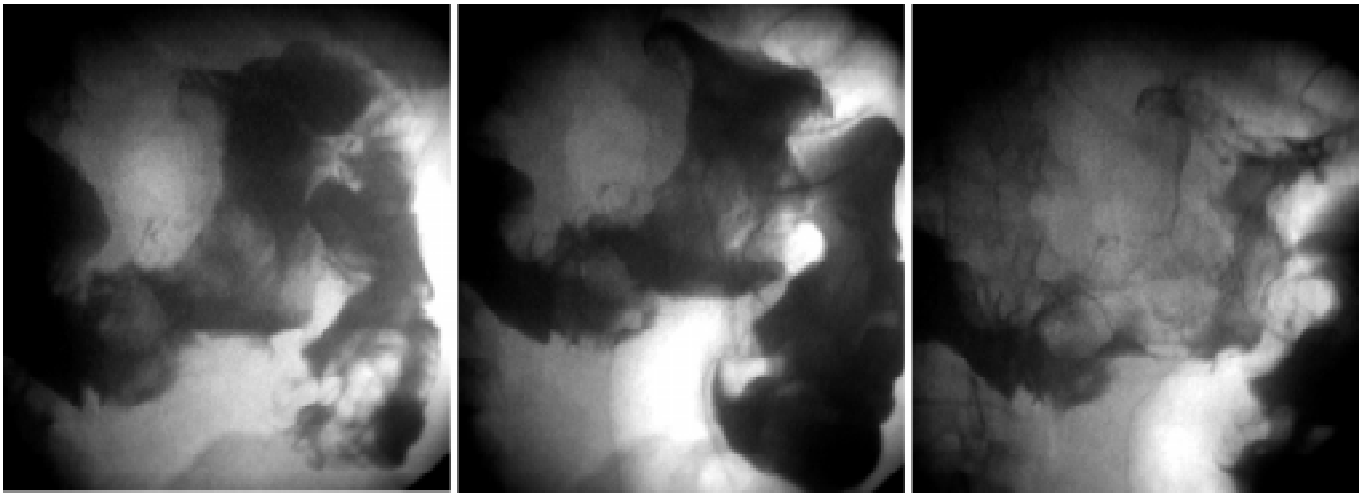


Рис. 1 — Висхідний відділ та печінковий кут ободової кишки (знімки на животі)

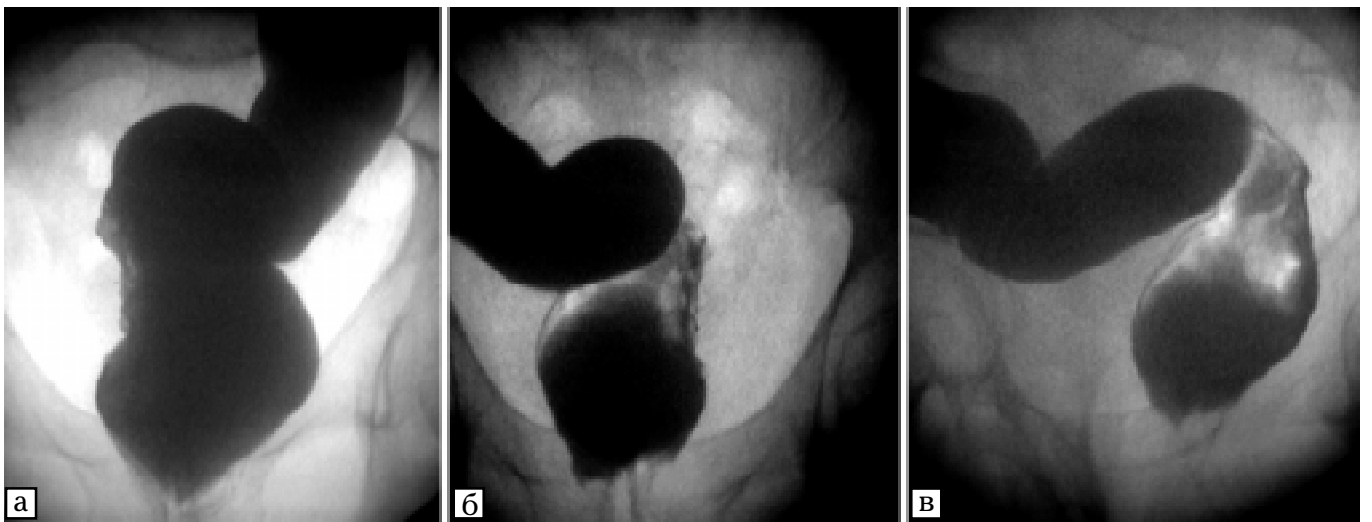


Рис. 2 — Пряма кишка при тугому заповненні: а — на спині; б — на животі; в — на животі (скісна проекція)



Рис. 3 — Висхідний відділ і печінковий кут ободової кишки (знімки на спині)

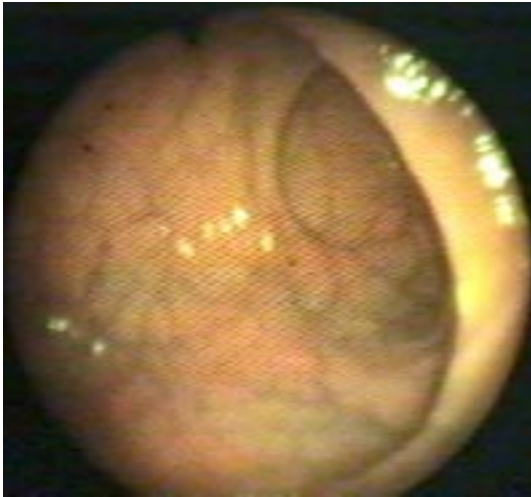


Рис. 4 — Незмінена ободова кишка

радіоонкологічний консилиум (голова — проф. М.І. Пилипенко). Висновок консилиуму: у хворого синхронний первинно-множинний рак. Рак прямої кишки T2 NX M0 та рак печінкового кута T3–4 NX M0. Рекомендовано хірургічне лікування.

Пацієнта прооперували 13.12.2001 р. Під комбінованим знеболюванням виконано серединну лапаротомію. При ревізії органів черевної порожнини виявлена пухлина печінкового кута ободової кишки діаметром до 10 см, що проростає серозу, та пухлина середнього ампулярного відділу прямої кишки діаметром до 4 см. Віддалених метастазів немає.

Хворому надано таку допомогу:

1. Виконано класичну геміколектомію справа з відновленням безперервності травного тракту ілеотрансверзоанастомозом «бік у бік» дворядним вузловим швом за методикою клініки та дренажуванням черевної порожнини крізь контрапертуру справа двома хлорвініловими трубками.

2. Зроблено класичну очеревинно-анальну резекцію прямої кишки з низведенням кишкового трансплантата, викроєного із сигмоподібної кишки, та сигморектоанастомозом. Порожнину малого таза дреновано чотирма хлорвініловими трубками через дві контрапертури параанально.

Операція тривала 3 години 30 хвилин.

Патогістологічне дослідження видалених препаратів

Дослідження № 16306-14. Права половина товстої кишки.

Пухлина у вигляді виразки діаметром 10 см. Новоутворення проростає всі шари стінки

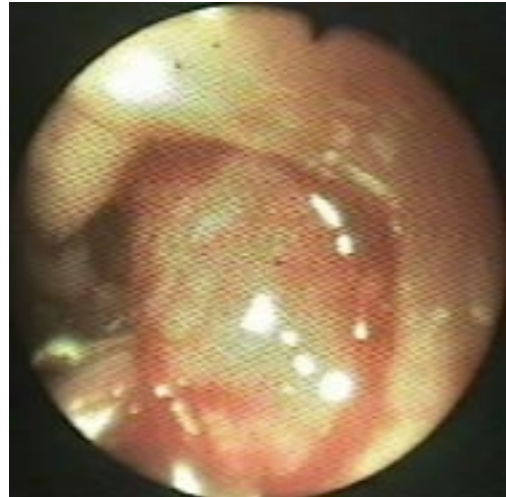


Рис. 5 — Пухлина печінкового кута товстої кишки

кишки. У жировій тканині брижі визначаються лімфовузли діаметром до 1 см.

Мікроскопічно — помірна, частково низькодиференційована аденокарцинома товстої кишки із слизоутворенням. У краях резекції кишки та лімфовузлах елементів пухлинного росту не виявлено.

Дослідження № 16300-05. Частина прямої та сигмоподібної кишок: пухлина товстої кишки у вигляді виразки діаметром 3 см. У прилеглій жировій клітковині визначаються лімфовузли діаметром до 0,5 см.

Мікроскопічно — помірнодиференційована аденокарцинома прямої кишки. Лімфовузли вільні від метастазів. У краях резекції елементів пухлинного росту не виявлено.

У післяопераційному періоді у відділенні інтенсивної терапії хворому проводили інфузійне лікування та спрямовану антибактеріальну терапію. В післяопераційному періоді ускладнень не було. Функція кишечника відновилася на 4-ту добу. Рани загоїлися первинним натягненням. Через 20 днів хворого виписано з клініки в задовільному стані. Його оглянуто через місяць після виписки. Скарг немає.

Висновок: дане спостереження успішного одноманітного радикального хірургічного лікування синхронного первинно-множинного раку ободової та прямої кишок дозволяє рекомендувати застосування наведеної програми лікування в спеціалізованих онкологічних клініках.

Дата надходження: 06.03.2002.

Адреса для листування:
Костя Прохор Іванович,
Червоношкілля набережна, 18, кв.51, Харків, 61125, Україна