

УДК 616.33+.616.348]-006.6

В.Х. Башеев, Б.П. Кондратюк, В.В. Бережной, Р.С. Чистяков, Э.В. Якубенко

НАБЛЮДЕНИЕ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННОГО СИНХРОННОГО РАКА ВОСХОДЯЩЕГО ОТДЕЛА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ И ЖЕЛУДКА

Донецкий областной противоопухолевый центр, г. Донецк, Украина

Реферат. Увеличение числа больных колоректальным раком и раком желудка ведут к учащению случаев синхронного поражения указанных органов. Приводим наблюдение случая успешного оперативного лечения больного с первично-множественным синхронным раком восходящего отдела ободочной кишки и желудка.

Ключевые слова: первично-множественный синхронный рак, симультанная гастрэктомия и гемиколонэктомия.

В последнее десятилетие увеличилось число больных с первично-множественными опухолями желудочно-кишечного тракта [1,3]. Увеличение заболеваемости колоректальным раком и высокий уровень заболеваемости раком желудка в Украине обуславливают увеличение частоты как синхронного, так и метасинхронного поражения указанных органов [4].

До 70% больных с первично-множественными новообразованиями желудочно-кишечного тракта составляют мужчины. Самая распространенная вторая локализация первично-множественного синхронного рака при наличии опухоли желудка - ободочная и прямая кишка (59% наблюдений). У больных с метасинхронным раком наиболее часто второй локализацией является рак ободочной и прямой кишок (31% наблюдений) [2, 5]. При раке толстой кишки среди других локализаций наиболее часто вторая синхронная опухоль диагностируется в толстой кишке (5,6%), желудок - на втором месте по частоте возникновения синхронного рака (4,6%),

По поводу синхронного поражения желудка и толстой кишки применяют травматичные хирургические вмешательства, которые не всегда могут быть адекватными состоянию больного.

В связи с этим, особенно при обнаружении синхронного рака желудка и толстой кишки, всегда возникает вопрос, оперировать ли опухоли одновременно или последовательно, целесообразно ли в такой ситуации проводить комбинированное и комплексное лечение.

Материал и методы

Приводим наблюдение случая успешного оперативного лечения больного с первично-множественным синхронным раком восходящего отдела ободочной кишки и желудка:

Больной У. 71 год, поступил в 1 проктологическое отделение ДОПЦ 24.05.2007 с жалобами на тупую периодическую боль в правом подреберье, вздутие живота, запоры до 3 суток. Также больного беспокоили общая слабость, перебои в работе сердца, повышение артериального давления до 170/110 мм.рт.ст.

Из анамнеза: считает себя больным около полугода. 17.05.07 боли усилились, обратился в хирургическое отделение больницы по месту жительства, было выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости, при котором в правой подвздошной области обнаружено образование с нечеткими контурами в диаметре до 6 см., с неоднородной структурой.

Направлен на консультацию в поликлинику ДОПЦ. 21.05.07 выполнена фиброколоноскопия с биопсией: рак восходящего отдела ободочной кишки; цитологическое исследование: в препарате элементы аденокарциномы.

При поступлении в стационар состояние больного удовлетворительное. Нормостенического телосложения, нормального питания. Кожа и видимые слизистые чистые, бледные. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких аускультативно везикулярное дыхание, перкуторно – легочной звук. Гемодинамические показатели стабильны, тоны ритмичны, приглушены, артериальное давление 140/90 мм.рт.ст, пульс 84 уд. в мин. Живот симметричный, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный; в правом подреберье определяется округлое, подвижное образование до 6 см в диаметре. Стул и мочеиспускание не нарушены. Р.г. – без особенностей.

Анализ крови: Эр. 3,67 т/л; Нб 111 г/л; Лейк. 4,1 г/л; мочевины 4,0 ммоль/л; азот мочевины 1,84 ммоль/л; общий белок 69 г/л; глюкоза 4,5 ммоль/л; общий билирубин за счет непрямого 9,6 мкм/л. Общий анализ мочи и анализ мочи по Зимницкому без патологических изменений.

Рентгенография грудной клетки: на верхушке с обеих сторон на фоне фиброза петрификаты до 0,2 см, в остальном – без особенностей. Ультразвуковое исследование: печень не увеличена, однородна, объёмных образований нет. Забрюшинные лимфоузлы не увеличены. Осмотрен терапевтом: ИБС, атеросклеротический аортокардиосклероз, склонность к тахикардиям СН 0-1.

Выставлен предварительный диагноз: Рак восходящего отдела ободочной кишки, стадия II, клиническая группа II; T4NxMo.

04.06.07 выполнена операция. Верхнесрединная лапаротомия. Ревизия: отдалённых метастазов не обнаружено, опухоль печёночного угла поперечно-ободочной кишки, 6x5 см, мобильная, лимфоузлы по ходу подвздошно-ободочной артерии диаметром до 1 см. При дальнейшей ревизии выявлена опухоль тела желудка диаметром до 5 см, лимфоузлы по ходу левой желудочной артерии и препилорические – до 5 мм. Принято решение выполнить симультанную гастрэктомию и гемиколонэктомию справа. Мобилизован желудок по малой и большой кривизне с малым и большим сальником, от двенадцатиперстной кишки до пищевода с перевязкой левых и правых желудочных и желудочно-сальниковых артерий, коротких артерий желудка. Двенадцатиперстная кишка и пищевод прошиты аппаратами УО – 40 и пересечены, препарат удалён. Культи двенадцатиперстной кишки погружена в просвет 2-мя кисетными швами. Сформирован позадиободочный муфтообразный пищеводно-кишечный анастомоз по методике клиники, ниже – Брауновское соустье. Мобилизованы правая половина ободочной кишки до средней трети поперечно-ободочной и 30 см подвздошной, кишечник резецирован в пределах мобилизации, сформирован тонко-толстокишечный дубликатурный анастомоз по методике клиники. В брюшную полость введены три дренажа, расположенные в правом фланке, позади пищеводно-кишечного анастомоза и в малом тазу.

Результаты и обсуждения

Заключение гистологического исследования: в ободочной кишке – высокодифференцированная аденокарцинома, прорастающая все оболочки стенки кишки, с метастазами в лимфоузлы по ходу правой ободочной артерии и подвздошно-ободочной артерии; в желудке – низкодифференцированная аденокарцинома с ослизнением, прорастает все оболочки стенки желудка, во всех удалённых лимфоузлах элементов опухоли нет.

Послеоперационный период у больного протекал удовлетворительно. Дренажи убраны на 5-е и 7-е сутки. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением. 15.06.07 пациент выписан из отделения. При контрольном осмотре через месяц состояние больного удовлетворительно. Пациенту рекомендовано проведение адъювантного курса химиотерапии в условиях онкологического диспансера по месту жительства.

Выводы. При выявлении синхронного рака желудка и колоректального рака методом выбора является одномоментное проведение сочетанной радикальной операции [2, 5]. Выполнение операции большого объема при лечении синхронного рака желудка и толстой кишки оправдано, позволяет достичь хорошего результата и, при правильном проведении

предопераційної підготовки і післяопераційному веденні хворого, уникнути ускладнень. Однак, якщо стан хворого не дозволяє виконати операцію великого об'єму, втручання можна розділити на два етапи, хоча це небажано через несприятливого впливу операційної травми на дисемінацію невіддаленої синхронної опухолі [1, 5].

ЛИТЕРАТУРА:

1. Линченко И. Ф., Кныш В. И., Линченко В. И. Первично-множественные опухоли толстой кишки. - Ставрополь: СГМИ, 1992. - 152 с.
2. Мамонтов А. С., Шляков С. Л. Первично-множественные злокачественные опухоли органов желудочно-кишечного тракта // Рос. онкол. журн. 1996. - № 2. - С. 59 - 64.
3. Особенности иммунного статуса у больных с полинеоплазиями / Непомнящая Е. М., Орловская Л. А., Златник Е. Ю. и др. // 1-я нац. конф. Рос. ассоциации алергологов и клин. иммунологов «Современные проблемы алергологии, клинической иммунологии и иммунофармакологии»: Сб. тр. - М., 1997. - С. 299.
4. Розповсюдженість злоякісних новоутворень в популяції України у 1991-1996 рр. / Федоренко З. П., Миценко А. Н., Гулак Л. О. та ін // К., 1997. - 118 с.
5. Колесник Е. А., Черный В. А., Кикоть В. А. Первично-множественные злокачественные опухоли желудка и толстой кишки // Клиническая хирургия. - 1999. - №5. - С. 29 - 31.

V.H.Basheev, B.P.Kondratyuk, V.V.Berejnoi, R.S.Chistjakov, E.V.Jakubenko.

SUPERVISION A PRIMARILY - PLURAL SYNCHRONOUS CANCER OF AN ASCENDING DEPARTMENT COLON AND A STOMACH.

Donetsk regional antitumor center, Donetsk, Ukraine.

Summary. Increase in number sick a colorectal cancer and a cancer of a stomach conduct to increase of occurrence of cases of synchronous defeat of the specified bodies. We result supervision of a case of successful operative treatment of the patient with primarily - a plural synchronous cancer of an ascending department colon guts and a stomach.

Key words: a primarily-plural synchronous cancer, simultaneous stomachectomia et gemicolectomia.

В.Х. Башеев, Б.П. Кондратюк, В.В. Бережной, Р.С. Чистяков, Е.В. Якубенко

СПОСТЕРЕЖЕННЯ ПЕРВИННО - МНОЖИННОГО СИНХРОННОГО РАКУ ВИСХІДНОГО ВІДДІЛУ ОБОДОВОЇ КИШКИ І ШЛУНКА

Донецький обласний протипухлинний центр, м. Донецьк, Україна

Реферат. Збільшення числа хворих на колоректальний рак і рак шлунка ведуть до частішого випадків синхронного ураження зазначених органів. Наводимо спостереження випадку успішного оперативного лікування хворого з первинно - множинним синхронним раком висхідного відділу ободової кишки та шлунка.

Ключові слова: первинно-множинний синхронний рак, симультанна гастректомія та гемиколонектомія.