БЕРЕМЕННОСТЬ И КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

И.Д. Евтушенко¹, Е.С. Жабина¹, В.Н. Попова¹, В.В. Староха², Г.С. Староха², А.П. Балановский³, Т.Я. Растохина³, В.П. Долгих⁴

*Кафедра акушерства и гинекологии СГМУ¹, г. Томск
Томский областной онкологический диспансер²
Родильный дом №1, г. Томск³ Кафедра
госпитальной хирургии СГМУ⁴, г. Томск*

В настоящее время в структуре онкологических заболеваний колоректальный рак (КРР) занимает по частоте третье и по смертности — второе место после рака легких. КРР при беременности встречается редко и составляет 1 случай на 50 000 беременных. Своевременно поставленный диагноз — это выявление заболевания в I стадии в I триместре беременности, что позволяет у 70% больных достичь показателя 5-летней выживаемости. Однако значительно чаще КРР диагностируется в далеко зашедшей стадии (Вишневская Е.Е., 2000; Орел Н.Ф., 2002).

Пациентка К., 38 лет, 20 мая 1998 г. при сроке беременности 32 нед обратилась в женскую консультацию с жалобами на 3-недельную задержку стула и неэффективность приема слабительных средств, умеренные ноющие боли внизу живота, общую слабость, недомогание, плохой аппетит. По поводу настоящей беременности нигде не наблюдалась. Со слов пациентки, беременность протекала без осложнений, проблем со стулом не было. С 4-го мес периодически стала отмечать задержки стула, появился «овечий кал». Кишечных кровотечений не было. Периодически принимала слабительные, которые приносили временный эффект.

В женской консультации было проведено УЗИ плода: срок беременности 32 нед, в матке один живой плод, предлежание головное, плацента по задней стенке II степени зрелости, нормоводие, умеренный гипертонус матки.

В этот же день больная в порядке скорой помощи доставлена в хирургическое отделение госпитальных клиник СГМУ с диагнозом: беременность 32 нед, острая кишечная непроходимость. При поступлении состояние больной ближе к удовлетворительному. Кожные покровы бледные. Живот увеличен в объеме за счет беременной

матки, при пальпации умеренная болезненность во всех отделах, симптомов раздражения брюшины и патологической перистальтики нет.

Per rectum: почти сразу за анальным кольцом, преимущественно по передней стенке в нижне-ампулярном отделе и циркулярно в вышележащих отделах определяется опухоль неоднородной плотности, ограничено смещаемая, верхний полюс не достижим. При рентгенологическом исследовании органов брюшной полости признаков острой кишечной непроходимости не выявлено.

ФКС: на 4—5 см от ануса преимущественно по ладнеправой стенке определялась экзофитная опухоль до 5 см, с неровной изъязвленной поверхностью, слизистая вокруг образования инфильтрирована, местами изъязвлена. При инструментальном контакте отмечена повышенная кровоточивость. В области ректосигмоидного отдела вновь отмечался циркулярный рост опухоли, продолжавшийся до 28 см от сфинктера.

Гистологическое заключение: умеренно дифференцированная аденокарцинома. Проведено влагалищное исследование: вход во влагалище сужен, в/3 и с/3 его выполнена опухолью неоднородной плотности с очагами деструкции, затрудняющей доступ к шейке матки, отделяемое кровянисто-гнойного характера, некротические массы с каловым запахом.

На 2-й день госпитализации созван консилиум, который констатировал диагноз: беременность 32 нед в сочетании с осложненным раком прямой кишки T4NX+M0; частичная кишечная непроходимость; ректоваганальный свищ; токсикоанемия легкой степени тяжести. Учитывая распространенность опухолевого процесса и невозможность родоразрешения через естественные родовые пути, рекомендовано выполнить кесаре-

во сечение с последующей ревизией органов брюшной полости и при резектабельности процесса выполнить комбинированную гистерэктомию с брюшно-промежностной экстирпацией прямой кишки.

Беременная была переведена в родильный дом, где выполнена лапаротомия, кесарево сечение в нижнем сегменте. За головку извлечен живой недоношенный мальчик с оценкой по Апгар - 1 балл, через 5 мин — 5 баллов. Масса тела новорожденного — 2200 г, рост — 47 см. Проведена гистерэктомиа с придатками типичным способом, после чего при дальнейшей ревизии (участвовала бригада хирургов-онкологов) выявлено, что в правой доле печени определялись два метастаза до 1,5—2 см в диаметре. Ободочная кишка на всем ее протяжении переполнена каловыми массами, раздута. В зоне бифуркации аорты плотные лимфатические узлы до 1—1,5 см. Диссеминация опухоли по тазовой брюшине. В малом тазу несмещаемый конгломерат опухоли, распространявшийся до ректосигмоидного изги-

ба и включавший в себя прямую кишку, заднюю стенку влагалища, тазовую клетчатку с имеющимися в ней метастазами. Процесс признан нерезектабельным. Оперативное вмешательство закончилось наложением двухствольного *anus praeternaturalis*. На 2-е сут после операции пациентка была переведена в хирургический стационар. Послеоперационный период у больной протекал без осложнений.

На 20-е сутки после операции женщине в областном онкологическом диспансере был начат паллиативный курс химиотерапии 5-фторурацилом в суммарной дозе 6 г. При этом наблюдался лекарственный токсикоз I степени в виде тошноты, незначительной диареи, умеренной лейкопении ($L = 2,3 \cdot 10^9/l$). Субъективно отмечена положительная динамика — прекратились гнойно-некротические выделения из половых путей, но от предложенного дальнейшего лечения женщина отказалась.

Через 5 мес на фоне прогрессирования процесса больная умерла.