

© Коллектив авторов, 2006
УДК 616.24-006.6-003.2-06:616.34-007.64-001.5-07-089

В.Ю.Сельчук, М.П.Никулин, П.В.Снигур, О.В.Анурова, Г.В.Титова

МЕТАСТАЗ РАКА ЛЕГКОГО В ДИВЕРТИКУЛ ТОНКОЙ КИШКИ С ЕГО ПЕРФОРАЦИЕЙ

ГУ Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина

Ключевые слова: рак легкого, метастаз, дивертикул тонкой кишки, перфорация.

Дивертикулы желудочно-кишечного тракта являются относительно редкой патологией и представляют собой выпячивания стенки в виде слепого мешка. Дивертикулы пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки и толстой кишки доступны для диагностики и чаще всего выявляются при плановом эндоскопическом или рентгенологическом исследовании. Дивертикул Меккеля является особым видом истинного дивертикула и представляет собой незаращенный эмбриональный желчный проток. Дивертикул наблюдается у 2–3% населения, расположен на расстоянии до 1,5 м от илеоцекального угла и обычно протекает бессимптомно. В плановой абдоминальной хирургии данная патология встречается при целенаправленной ревизии тонкой и толстой кишки, реже в онкологической практике. Поводом для экстренной операции является перфорация или кровотечение из дивертикула. Макроскопически неизменный червеобразный отросток во время аппендэктомии обязывает хирурга провести ревизию дистальных отделов тонкой кишки с целью выявления воспаленного дивертикула Меккеля.

Мы приводим редкий случай наблюдения перфорации метастаза рака легкого в дивертикул тонкой кишки после проведения курса химиотерапии.

Больная К., 46 лет, поступила в отделение абдоминальной онкологии с жалобами на ноющие боли в левых отделах живота. Из анамнеза: в июне 2004 г. оперирована по месту жительства (в г. Донецке) по поводу

центрального рака нижней доли правого легкого (стадия T2N1M0) в объеме нижней билобэктомии справа с последующим курсом полихимиотерапии (таксотер + кселода). При обследовании в октябре 2004 г. выявлено прогрессирование заболевания: метастазы в правый надпочечник, лимфатические узлы корня брыжейки тонкой кишки. Больной проведен 1 курс лечения навельбином 50 мг, цисплатином 150 мг внутривенно. Через 5 сут после проведения курса химиотерапии пациентка отметила появление резких болей в левых отделах живота и 03.11.2004 г. обратилась за помощью в ГУ РОНЦ им.Н.Н.Блохина.

При поступлении состояние больной относительно удовлетворительное. Жалобы на тупые боли в нижних отделах живота, больше слева. При осмотре: повышенного питания, доступные пальпации лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание проводится во все отделы. Язык влажный, живот не вздут, мягкий, несколько болезненный в нижних отделах живота и слева. Перитонеальных симптомов нет. Перистальтика выслушивается. Печеночная тупость сохранена. Газы отходят. Мочеиспускание не нарушено. Стул самостоятельный. Клинический и биохимический анализ крови без особенностей. Больной назначены голод, холод на живот, спазмолитики. Состояние больной несколько улучшилось, болевой синдром уменьшился. Ночь с 03.11.2004 г. на 04.11.2004 г. провела спокойно. При осмотре на следующий день (04.11.2004 г.) у больной сохранялись ноющие боли в нижних отделах живота без четкой локализации, больше слева. Перитонеальные симптомы сомнительны. Учитывая неясность клинической картины, больной выполнена лапароскопия, при которой в малом тазу обнаружено гнойное содержимое с единичными фибринозными наложениями. Больная экстренно оперирована. Выполнена средненижнесрединная лапаротомия. В малом тазу около 100 мл гнойного содержимого. Гной эвакуирован. При ревизии в

малом тазу, на отдельных петлях тонкой и толстой кишки налеты фибрина, в боковых каналах, под правой долей печени мутное содержимое без запаха. Матка несколько увеличена, в теле имеются несколько миоматозных узлов размерами до 2–3 см. Придатки не изменены, выделений из маточных труб нет. Правый надпочечник увеличен до 5 см, лимфатические узлы брыжейки тонкой кишки явно не увеличены. При ревизии тонкой кишки на расстоянии 80 см от связки Трейтца по противобрыжечному краю имеется дивертикул размерами до 1 см с перфорацией на его верхушке диаметром до 2 мм. Из перфоративного отверстия поступает кишечное содержимое. Стенка кишки в этой зоне инфильтрирована. Выполнена резекция участка тонкой кишки, отступая на 15 см ниже и выше от перфорации с межкишечным анастомозом «бок в бок» 2-рядным швом. Анастомоз проходим. В корень брыжейки введено 40 мл 0,5% раствора новокаина. Брюшная полость промыта 5 л антисептика, осушена, дренирована 5 дренажами. Послеоперационный период протекал гладко. При гистологическом исследовании от 09.11.2004 г.: «в зоне дивертикула тонкой кишки отмечаются разрастания изъязвившегося метастаза крупноклеточного рака легкого (светлоклеточный вариант), с проращением всех слоев стенки органа, обширной зоной некроза и перфорацией». Больная консультирована химиотерапевтом, рекомендовано продолжение курсов химиотерапии.

Данное наблюдение представляет интерес с двух позиций. Во-первых, нельзя не признать запоздалую диагностику перфорации тонкой кишки с развитием перитонита. Микроперфорация, редкая патология, отсутствие разлитого перитонита и выздоровление больной служат слабым утешением в недооценке клинической картины. К сожалению, хирурги-онкологи, работающие в «плановой хирургии», теряют навыки и остроту восприятия экстренных ситуаций. С другой стороны, нам не

раз приходилось сталкиваться со случаями, когда общие хирурги отказывали в плановой и экстренной помощи больным, у которых в анамнезе была «онкологическая» операция или особенно тем онкологическим больным, у которых не было хирургического лечения и из-за запущенности рака проводилось лекарственное или лучевое лечение. Наличие выписки из онкологического стационара о том, что у больного была III или тем более IV стадия заболевания, фактически является «приговором» в представлении врачей общей сети. Во-вторых, в экстренной хирургии в большинстве случаев остается неясной причина воспаления дивертикула, перфорация или кровотечение из него. В вышеописанном наблюдении, по нашему представлению, перфорация произошла в результате распада и лизиса опухолевой ткани в стенке дивертикула тонкой кишки под воздействием химиотерапии. Мы не раз наблюдали кровотечения из распадающихся опухолей желудка, чаще при лимфосаркоме, после проведения курсов химиотерапии. Отсутствие эффекта от консервативной гемостатической терапии вынуждает хирургов выполнять хирургические вмешательства, вплоть до паллиативных гастрэктомий. Перфорация метастаза рака легкого в дивертикул тонкой кишки является исключительной редкостью и в нашей практике это первый случай.

Таким образом, хирурги-онкологи должны всегда помнить о возможных экстренных ситуациях в плановой хирургии онкологических стационаров. В то же время, хирургам и врачам общей сети следует иметь четкое представление о том, что любому онкологическому больному, даже с отдаленными метастазами, можно оказать хирургическое пособие, дающее шансы на жизнь.

Поступила в редакцию 26.04.2006 г.