

© В.А. Ерёмин, И.В. Телегина, 2008
УДК 616-006; 616.345; 616-007.17:611-018.2

ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ В СОЧЕТАНИИ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

В.А. Еремин, И.В. Телегина
Ставропольская государственная медицинская академия

В последнее время интенсивно изучается проблема наследственных микроаномалий, или дисплазии соединительной ткани [2,3,7]. Установлено, что при этом имеет место мутация гена, ответственного за синтез волокнистых структур соединительной ткани, в первую очередь - коллагена [8,10]. Данная патология носит системный характер по причине универсальности соединительной ткани и ее повсеместного присутствия в организме [6].

Именно поэтому у одного и того же пациента одновременно могут присутствовать отклонения со стороны различных систем органов – плоскостопие, миопия, нефроптоз, пролапс митрального клапана, аномалии строения зубов, гиперплазия сальных желез и др. [9]. Высказывается предположение о возможной глубинной взаимосвязи развития тех или иных заболеваний с наследственными особенностями соединительной ткани [1,4,5]. В частности, не изучен вопрос о соотношении дисплазии соединительной ткани и онкологической патологии. Можно предположить возможность предрасполагающего воздействия дисплазии соединительной ткани на злокачественный рост. В этой связи представляется ценным тщательный анализ каждого клинического случая: 1) сочетания диспластической и онкологической патологии; 2) онкопатологии у пациентов с наследственной недостаточностью соединительной ткани.

Цель работы состояла в изучении спектра внутренних стигм дизэмбриогенеза у больных с онкологической патологией толстой кишки. Было изучено 9 пациентов, находившихся на обследовании и лечении в абдоминальном отделении ГУЗ «Ставропольский краевой онкологический диспансер». У 8 больных были обнаружены полипы толстого кишечника, и у одного – рак сигмовидной кишки. Синдромы Пейтца - Егерса и Линча были исключены.

Возраст больных колебался от 42 до 56 лет. С помощью комплексного клинико-инструментального исследования желудочно-кишечного тракта и других органов и систем были выявлены следующие проявления дисплазии соединительной ткани: грыжа пищеводного отверстия диафрагмы - у 3, дивертикулез толстой кишки - у 1, геморрой - у 3, короткий пищевод - у 1, аберрантная поджелудочная железа - у 1. У троих пациентов отмечено по два из указанных диспластических

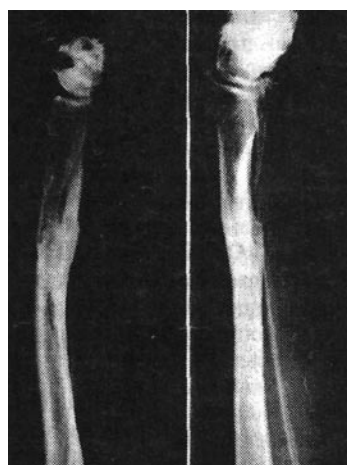


Рис. 1. Врожденная дисплазия правой большеберцовой кости, состояние после клиновидной остеотомии.

признаков. При этом число внешних стигм дизэмбриогенеза колебалось от 4 до 10 (в среднем 6,9±2,5).

На наш взгляд, представляется наиболее интересным следующий случай, сочетающий в себе рак сигмовидной кишки с врожденной патологией молочной железы, дисплазией ребер и правой большеберцовой кости.

Пациентка М., 48 лет (№ истории болезни - 8524-С). При поступлении в стационар предъявляла жалобы на снижение массы тела на 10 кг. Со слов больной, заболевание возникло в апреле 2002 года, когда появились признаки кишечной непроходимости. Была госпитализирована в хирургическое отделение, где по срочным показаниям 22.07.2002 г. выполнена лапаротомия. При ревизии обнаружена опухоль в сигмовидной кишке, сформирована сигмостома. В дальнейшем больная была направлена в ГУЗ «Ставропольский краевой онкологический диспансер» для продолжения лечения.

Из ранее перенесенных операций – клиновидная остеотомия правой большеберцовой кости по поводу ее врожденной деформации в 1962 году.

Объективные данные на момент поступления: общее состояние удовлетворительное, телосложение правильное, кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычной окраски, периферические лимфатические узлы не увеличены. Отмечается врожденная деформация правой большеберцовой кости. На коже правой голени рубец после остеотомии большеберцовой кости (рис. 1). Грудная клетка правильной формы, при аускультации везикулярное дыхание во всех отделах, хрипов нет. Молочные железы асимметричны: левая значительно увеличена в размерах, дряблая.



Рис. 2. Врожденная гипертрофия левой молочной железы.

Кожа железы серокоричневого цвета. Опухолевые узлы в ткани молочной железы не определяются рис. 2.

При объективном исследовании живота выявлена подвижная опухоль в левой подвздошной области, размерами 5х6 см. Здесь же, выше опухоли, имеется губовидный кишечный свищ. Печень и селезенка не увеличены. При рентгенологическом и эндоскопическом исследовании обнаружены данные за рак сигмовидной кишки. Согласно результатам ультразвукового исследования, дистантных метастазов нет.

При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки выявлена врожденная

дисплазия 8-го и 9-го ребер (рис. 3).

На основании данных анамнеза, объективного осмотра и результатов клинко-инструментального обследования выставлен диагноз: «Рак сигмовидной кишки, Т₃Н₀М₀. Параколит. Губовидный кишечный свищ». 09.09.2002 года после



Рис. 3. Врожденная дисплазия 8-го и 9-го ребер.

соответствующей подготовки больная была взята на операцию. В ходе ревизии органов брюшной полости обнаружена опухоль в сигмовидной кишке, подвижная, с выраженным параколитом.

Лимфатические узлы брыжейки сигмовидной кишки размером 0,8х0,6 см, плотноэластической консистенции (рис. 4). Произведена резекция сигмовидной кишки с иссечением губовидного кишечного свища и формированием анастомоза «конец в конец» двухрядным швом.

Гистологическое исследование № 57208-18: «Умеренно дифференцированная аденокарцинома, про-

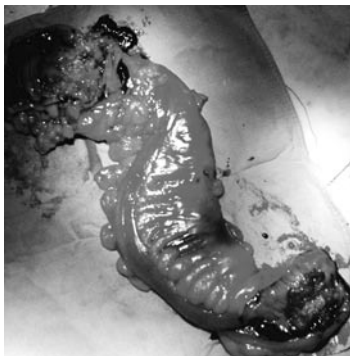


Рис. 4. Сигмовидная кишка с раковой опухолью.

растающая в околокишечную клетчатку. В лимфатических узлах метастазов не обнаружено». Заключительный диагноз: «Рак сигмовидной кишки: Т₃Н₀М₀». Послеоперационный период протекал без осложнений. Рана зажила первичным натяжением. Больная была выписана в удовлетворительном состоянии 23.09.2002 г.

Полученные нами данные свидетельствуют о наличии возможной патогенетической общности между онкологической патологией и дисплазией соединительной ткани. Представленные выше предварительные результаты создают обоснованную перспективу для дальнейших комплексных исследований в этом направлении.

Литература

1. Борисова, Н.В. Исследование структуры и метаболизма коллагена при наследственных и врожденных заболеваниях соединительной ткани: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н.В. Борисова. - М., 1991.
2. Земцовский, Э.В. Соединительнотканые дисплазии сердца / Э.В. Земцовский. - СПб., 2000. - 115 с.
3. Кадурина, Т.И. Наследственные коллагенопатии (клиника, диагностика, лечение, диспансеризация) / Т.И. Кадурина. - СПб., 2000. - 271 с.
4. Козлова, С.И. Наследственные синдромы и медико-генетическое консультирование / С.И. Козлова, Е. Семанова, Н.С. Демикова [и др.]. - М., 1996. - 411 с.
5. Мартынов, А.И. Эхокардиографические и фенотипические исследования у лиц с синдромом дисплазии соединительной ткани сердца / А.И. Мартынов, О.Б. Степура, О.Д. Остроумова [и др.] // Рос. мед. вести. - 1997. - №2. - С. 48-54.
6. Мартынов, А.И. Врожденные дисплазии соединительной ткани / А.И. Мартынов, О.Б. Степура, О.Д. Остроумова [и др.] // Вестн. Рос. АМН. - 1998. - №2. - С. 47-54.
7. Оганов, Р.Г. Фенотипические особенности строения соединительной ткани у лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями / Р.Г. Оганов, Е.С. Котовская, В.В. Гемоннов [и др.] // Кардиология. - 1994. - № 10. - С. 22-27.
8. Соколов, Б.П. Структурные характеристики коллагенов кожи и реберного хряща больных с синдромом Элерса-Данло II типа / Б.П. Соколов, Б.М. Шер, Е.А. Козлов [и др.] // Вопр. мед. химии. - 1990. - № 1. - С.90-93.
9. Степура, О.Б. Синдром дисплазии соединительной ткани сердца: Автореф. дис. ... докт. мед. наук / О.Б. Степура. - М., 1995. - 48 с.
10. Шехонин, Л.В. Коллаген I, Ш, IV, V типов и фибронектин в биоптатах кожи больных с синдромами Элерса-Данло и Cutix Laxa / Л.В. Шехонин, А.Н. Семьякина, Х.М. Маккаев [и др.] // Арх. патологии. - 1988. - № 12. - С. 41-47.

ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ В СОЧЕТАНИИ С ДИСПАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

В.А. ЕРЕМИН, И.В. ТЕЛЕГИНА

Представлены результаты изучения внутренних стигм дизэмбриогенеза у девяти пациентов с онкологической патологией толстой кишки. Подробно описан случай сочетания рака сигмовидной кишки с врожденной патологией молочной железы, дисплазией ребер и правой большеберцовой кости. Высказано предположение о возможной патогенетической общности между онкологической патологией и дисплазией соединительной ткани.

Ключевые слова: дисплазия соединительной ткани, стигмы дизэмбриогенеза, рак сигмовидной кишки

ONCOLOGICAL PATHOLOGY OF THE LARGE INTESTINE IN COMBINATION WITH CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA

ERYOMIN V.A., TELEGINA I.V.

The results of the study of dysembryogenesis internal stigmas in 9 patients with oncological large intestine pathology are submitted. The case, combining cancer of sigmoid colon with congenital pathology of the mammary gland, dysplasia of ribs and right tibia is described in detail. A suggestion about presence of possible pathogenetic generality between oncological pathology and connective tissue dysplasia is formulated.

Key words: connective tissue dysplasia, stigmas of dysembryogenesis, cancer of sigmoid colon