

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНХРОННОЙ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА И РАКА ВЕРХНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ

А.А. Максименко, И.В. Филатов, В.В. Староха, О.В. Баталова

Томский областной онкологический диспансер

В последнее время значительно увеличилось число больных с первично-множественными опухолевыми новообразованиями. Актуальными аспектами полинеоплазий являются правильная диагностика и определение наиболее оптимальной позиции в выборе лечебной тактики. Приводим следующее клиническое наблюдение.

Б о л ь н а я Ш., 70 лет, поступила в хирургическое отделение ООД 5.08.02. с диагнозом: рак яичников III стадии ($T_3N_xM_x$), осложненный хронической толстокишечной непроходимостью и токсикоанемией. При поступлении состояние больной средней степени тяжести. Жалобы на общую слабость, похудание, потерю аппетита, чувство тяжести в животе, боли постоянного характера, вздутие кишечника, запор, кровянистые выделения из половых путей. При УЗИ органов брюшной полости и малого таза – в брюшной полости свободная жидкость, из малого таза исходит объемное образование, занимающее практически всю брюшную полость до подреберья, солидно-кистозного строения, 20х25 см. При пункции заднего свода и цитологическом исследовании жидкости получено заключение: аденокарцинома. При объективном исследовании: живот значительно увеличен в объеме за счет массивной опухоли указанных выше размеров, с четкими контурами, умеренно болезненной; смещаемость опухоли органичена. Перистальтика активная; метеоризма, копростаз на фоне опухоли и асциты явно не определялось. При вагинальном осмотре: инфильтрат в малом тазу, при пальцевом исследовании прямой кишки: на длину указательного пальца патологии нет. Отдаленных метастазов не выявлено. Со стороны клинико-биохимических анализов крови и мочи: анемия, гипопротеинемия. ЭКГ: синусовая тахикардия. Сопутствующие заболевания: атеросклероз аорты, гипертоническая болезнь II стадии, НК I–IIА степени.

В связи с явлениями хронической кишечной непроходимости заподозрено прорастание опухоли в дистальный отдел ободочной кишки. Обсуждался вариант синхронной опухоли в кишечнике. Проведение

ирригоскопии на фоне нарастающей кишечной непроходимости признано нецелесообразным. Дважды попытка эндоскопического обследования толстой кишки (RRS) была неинформативной – на расстоянии 13 см от сфинктера резкое сужение кишки, поступление жидких каловых масс.

В предоперационном периоде проводилась активная инфузионная терапия, включающая введение солевых, белковых растворов, переливание одногруппной плазмы, эритромазсы. 15.08.02 на фоне нарастающих явлений кишечной непроходимости больная была оперирована. При нижнесрединной лапаротомии из брюшной полости эвакуировано около 4 л серозной асцитической жидкости. В брюшной полости массивная опухоль правого яичника, плотная, бугристая, размером 25х27 см, ограниченно смещаемая. Множественные диссеминаты по тазовой и висцеральной брюшине, опухолевидно измененный сальник. Метастазов в печени и по диафрагме не выявлено. В верхнеампулярном отделе прямой кишки определялись циркулярная опухоль протяженностью до 3 см, стенозирующая просвет кишки и прорастающая все слои ее стенки с инфильтрацией прилегающей брыжейки, плотные, увеличенные, явно метастатически измененные параректальные лимфатические узлы. С учетом стеноза подготовка кишечника недостаточная, проксимальнее опухоли плотные каловые массы.

Процесс признан нерезектабельным. В связи с наличием синхронной первично-множественной опухоли яичника больной была выполнена комбинированная операция: надвлагалищная ампутация матки с придатками и резекцией большого сальника с одномоментной операцией Гартмана. При выполнении операционного пособия на прямой кишке произведена лимфодиссекция до бифуркации аорты, подвздошных сосудов. Послеоперационный период протекал удовлетворительно. Заживление первичным натяжением. Гистологическое заключение: 1 – высокодифференцированная аденокарцинома прямой кишки с метастазами в параректальные лимфоузлы; 2 – серозная аденокарцинома яичника.

Диагноз после операции: *синхронный первично-множественный рак яичников III стадии ($T_3N_1M_0$), асцитная форма, десиминация по брюшине и рак прямой кишки верхнеампулярного отдела IIIB стадии ($T_3N_1M_0$).*

В плане комбинированного лечения в стационаре больной проведен 1-й курс химиотерапии по схеме: *цисплатин, циклофосфан, 5-фторурацил и адриобластин*. В дальнейшем проведено 4 аналогичных курса химиотерапии в режиме однократного в/в введения с интервалом 4–5 нед. Лечение переносила удовлетворительно, отмечались: *аллопеция, умеренная лейкопения*. При контрольном обследовании в феврале 2003 г. данных о прогрессировании процесса нет, зафиксирована стабилизация процесса (можно говорить о стойкой ремиссии). Субъективно пациентка чувствовала себя вполне удовлетворительно. В дальнейшем планируется

проведение до 6 курсов химиотерапии с последующей оценкой клинического эффекта и решением вопроса о возможности реконструктивной операции на кишечнике при условии стойкой ремиссии в течение года с начала лечения.

Приведенное наблюдение демонстрирует современные возможности комбинированного лечения больных полинеоплазиями. Вместе с тем следует отметить, что в методических подходах при синхронно- и метастатических первично-множественных опухолях существует ряд особенностей, влияющих на лечебную тактику. При синхронных процессах ситуация осложняется необходимостью лечения, комбинированного или комплексного, всех выявленных очагов, различных по чувствительности к лучевому и лекарственному воздействию.