
ПРОТОКОЛЫ ОБЩЕСТВА ОНКОЛОГОВ

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОЙ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

А.А. Максименко, В.В. Староха, Л.Т. Семененко, О.В. Баталова

Томский областной онкологический диспансер

В последние годы во многих странах отмечается значительный рост заболеваемости раком ободочной кишки. В нашей стране на момент выявления первичных опухолей у многих больных имеются осложненные и запущенные опухолевые процессы, то есть заболевание становится системным к моменту начала хирургического лечения. Несмотря на то, что за хирургическим методом сохранена ведущая роль, для адекватного лечения больных раком ободочной кишки недостаточно выполнения только оперативного вмешательства, необходимо дополнительное системное лекарственное воздействие. Приводим следующее клиническое наблюдение.

Б о л ь н а я III., 26 лет, поступила в хирургическое отделение ООД 24.12.01 с диагнозом: рак селезеночного изгиба ободочной кишки III стадии ($T_3N_xM_x$), осложненный хронической толстокишечной непроходимостью и токсико-анемией средней степени тяжести. Больную беспокоили постоянные ноющие боли в правом подреберье, слабость, потеря аппетита, похудание на 10–12 кг в течение месяца, запоры, сменяющиеся частым жидким стулом со сгустками крови, повышение температуры в течение 3–4 нед до 38,5–39°C, лихорадка. При ирригоскопии и ФКС выявлена опухоль селезеночного изгиба толстой кишки протяженностью 8 см. Гистология: аденокарцинома толстой кишки. При дополнительном обследовании отдаленных метастазов не выявлено. Со стороны клинико-биохимических анализов крови: выраженная анемия, анизо-, пойкилоцитоз, повышение СОЭ.

В стационаре проводилась противовоспалительная, антибактериальная, инфузионная, дезинтоксикационная терапия, переливание одногруппной плазмы, эритромазсы. 25.01.02 больная оперирована:

на: верхнесрединная лапаротомия, при ревизии в селезеночном изгибе ободочной кишки обнаружена опухоль размером 10×12 см с прорастанием в брюшную стенку, забрюшинную клетчатку, ворота селезенки, желудок по большой кривизне и хвост поджелудочной железы. В брыжейке толстой кишки метастатически измененные лимфоузлы. Выполнена комбинированная расширенная гемиколэктомия со спленэктомией, резекцией большой кривизны желудка, резекцией дистальной трети поджелудочной железы. Удалена измененная забрюшинная клетчатка с парааортальной и паранефральной лимфаденэктомией. После удаления препарата единым блоком сформирован толстокишечный анастомоз «бок в бок» с помощью аппарата НЖК-60 с дополнительным 2-рядным швом. Операция завершена дренированием брюшной полости. Ранний послеоперационный период протекал удовлетворительно. На 4-е сут больная выведена из палаты реанимации, восстановлена функция желудочно-кишечного тракта.

На 10-е сут после операции состояние больной ухудшилось, появились гипертермия, боли в левой подвздошной области, нарастал лейкоцитоз, увеличилась СОЭ. Заподозрен поддиафрагмальный абсцесс слева. При УЗИ органов брюшной полости, обзорной рентгенограмме убедительных данных об абсцессе не получено. Перитонеальные симптомы отсутствовали. Больная обсуждена на врачебном консилиуме в плане выполнения релапаротомии. На 13-е сут состояние больной резко ухудшилось, появились перитонеальные симптомы. Произведена экстренная релапаротомия: в брюшной полости обнаружен серозно-гнойный выпот, большие по левому боковому флангу, абсцесс в подвздошной области, прикрытый стенкой толстой кишки. Выполнены санация и дренирование брюшной полости, новокаиновая блокада корня брыжейки. Дальнейший по-

слеоперационный период протекал удовлетворительно, проводились перевязки, санация брюшной полости через дренажные трубки.

Послеоперационное гистологическое заключение: умеренно-дифференцированная аденокарцинома с метастазами в лимфоузлы брыжейки, с прорастанием в ворота селезенки, стенку желудка, хвост поджелудочной железы, опухолевая инфильтрация забрюшинной клетчатки, париетальной брюшины ($T_4N_1M_0$).

После выписки из стационара в течение 6 мес проведено 4 курса химиотерапии элоксатином в дозе 200 мг (однократно) с интервалом 3–4 нед и 3 курса 5-фторурацилом и лейковарином по принятым схемам. Дальнейшее лечение не проводилось из-за отказа больной.

При контрольной ФКС в сентябре 2002 г. обнаружен и эндоскопически удален полип в проксимальном отделе ободочной кишки. Гистологическое заключение: тубулярноворсинчатая аденома. В январе 2003 г. при ФКС вновь обнаружен и эндоскопически удален полип в правом отделе ободочной кишки. Гистология: тубулярноворсинчатая аденома. В настоящее время пациентка чувствует себя удовлетворительно, активна, клинически здорова.

Приведенное наблюдение демонстрирует современные возможности хирургического и комбинированного лечения больных с распространенными и осложненными злокачественными новообразованиями ободочной кишки, а также убедительно доказывает необходимость тщательного динамического наблюдения, с обязательным исследованием кишечника для исключения метастазов, рецидива заболевания или полипоза толстой кишки.

Мы полностью согласны с мнением, что адъювантная терапия должна проводиться всем больным раком ободочной кишки с регионарными метастазами, так как это позволяет достоверно увеличить показатели общей и безрецидивной выживаемости. Вопрос о целесообразности проведения адъювантного лечения без регионарных метастазов (N_0) решается индивидуально, при наличии других неблагоприятных прогностических признаков (молодой возраст, прорастание стенки кишки, низкая дифференцировка опухоли, неуверенность в радикальной операции).