



УДК 616-006.61:366-089

СПОСТЕРЕЖЕННЯ ПЕРВИННОГО ПЛОСКОКЛІТИННОГО РАКУ ЖОВЧНОГО МІХУРА

І. І. Чермак, С. Г. Гичка, П. В. Кузик

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця МОЗ України, м. Київ,
Академія здоров'я людини, м. Київ

PRIMARY SQUAMOUS CELL CARCINOMA OF THE GALL-BLADDER

I. I. Chermak, S. G. Gichka, P. V. Kuzyk

Bogomolets National Medical University, Kyiv,
Academy of health, Kyiv

Первинний плоскоклітинний рак жовчного міхура виявляють рідко, його частота становить 0,5–3% в структурі всіх гістологічних форм злоякісних новоутворень органа [1–4]. За гістологічною структурою рак жовчного міхура у більшості (80–90%) спостережень представлений аденокарциномою [1]. В літературі наведені поодинокі спостереження первинного плоскоклітинного раку жовчного міхура. Особливостями плоскоклітинного раку жовчного міхура є більша інвазія пухлини в сусідні органи і лімфогенне метастазування [4, 5]. Морфогенез інвазії плоскоклітинного раку жовчного міхура в печінку і можливих ускладнень недостатньо вивчений.

Проаналізований операційний матеріал після холецистектомії, карцинома жовчного міхура виявлена у 5 спостереженнях, а також матеріал патологоанатомічного дослідження 1 хворого. Матеріал фіксували у 10% розчині нейтрального формаліну протягом 1 доби. Зразки тканин проводили по спиртах і заливали у парафінові блоки, з яких готували зрізи товщиною 5–6 мкм. Препарати фарбували гематоксилином та еозином і вивчали під мікроскопом "Olympus BX 51", з використанням цифрової камери "Olympus C 5050 Z" та програмного забезпечення "Olympus DP-Soft".

У 4 спостереженнях виявлено аденокарциному, в одному — плоскоклітинний рак жовчного міхура. Пухлина проростала стінку жовчного міхура, у 2 спостереженнях аденокарциноми відзначено перифокальне вrostання пухлини в паренхіму печінки. За плоскоклітинного раку жовчного міхура інтраопераційно вrostання пухлини в печінку не спостерігали. Наводимо клінічне спостереження.

Пацієнтка віком 80 років, госпіталізована в хірургічну клініку у невідкладному порядку зі скаргами на постійний інтенсивний ниючий біль у надчеревній, правій та лівій підребрових ділянках, нудоту, підвищення температури тіла, загальну слабкість, жовтушність шкіри та видимих слизових оболонок. Скарги з'явилися близько тижня тому. По медичну допомогу не зверталась. Скарги пов'язує з вживанням гострих та жирних страв. В анамнезі: ішемічна хвороба серця, атеросклеротичний кардіосклероз, гіпертонічна хвороба II стадії, серцева недостатність ІА стадії. 20 років тому виконана операція екстирпації матки з придатками.

Під час обстеження стан хворої середньої тяжкості, активна, контактна, адекватна. Шкіра та слизові оболонки жовтого забарвлення. При аускультатії тони серця ясні, ритмічні, АТ 18,7/12,0 кПа (140/90 мм рт. ст.), пульс 78 за 1 хв. В легенях дихання везикулярне, хрипів немає. Язик сухий, у ділянці корня обкладений білим нашаруванням. Живіт правильної форми, не здутий, бере участь у диханні. При пальпації в усіх відділах м'який, болісний у надчеревній, правій та лівій підребрових ділянках. Печінка збільшена, на 1 см виступає з—під краю ребрової дуги, перистальтика кишечника активна, відзначена в усіх відділах. Симптомів подразнення очеревини немає. При пальпації селезінка не визначається, новоутворення в черевній порожнині не виявлені. Симптом Пастернацького негативний з обох боків. Випорожнення світлі, оформлені. Сечовипускання без особливостей. При ректальному дослідженні патологічні зміни не виявлені.

За даними лабораторного дослідження, ШОЕ 32 мм/год, загальний білірубін 185,89 мкмоль/л, прямий 133,97 мкмоль/л, АЛТ 372,9 Од/л, АСТ 446,02 Од/л. Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини: жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ), новоутворення печінки (?) За даними магніторезонансної холангіопанкреатографії виявлене ускладнення калькульозного холециститу у вигляді емпієми, порушення внутрішньопечінкового відтоку жовчі, блок спільної жовчної протоки.

За результатами обстеження хворої встановлений клінічний діагноз: ЖКХ, гострий калькульозний холецистит, обтураційна жовтяниця, холедохолітиаз (?). Хворій запропоновано оперативне втручання, отримана письмова згода.

На 3—ту добу після госпіталізації виконана операція: лапароскопічна холецистектомія з висіченням міхурово—дуоденальної нориці, дренажування черевної порожнини. Після операції хвора перебувала у відділенні реанімації та інтенсивної терапії, призначені: дієта № 0—5, морфін, муколван, гепамерц, левофлоксацин, еуфілін, еритроцитна маса, клізма "Енема", дексаметазон, орзол, нексіум, калію хлорид, глюкоза 5% розчин, ентеросгель, тінам, фуросемід, аналгін, магнію сульфат, кеторол, метоклопрамід, цефотаксим, клексан, еластичне бинтування нижніх кінцівок, перев'язки.

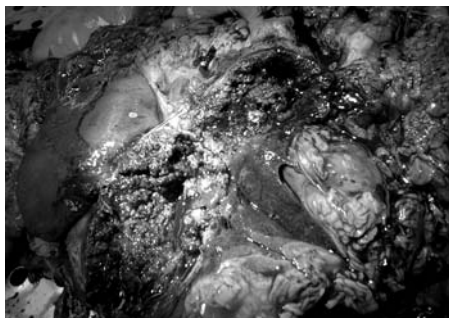


Рис. 1.
Макропрепарат.
Печінка з масивною інвазією пухлини і кровотечею.

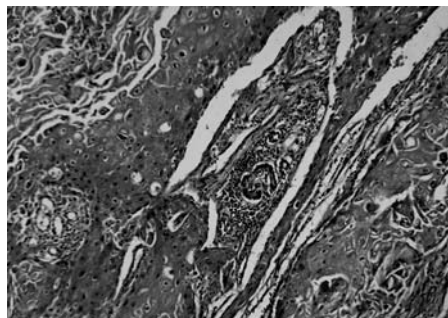


Рис. 2.
Мікрофото.
Перидуктальне і периваскулярне поширення пухлини в печінці.
Забарвлення гематоксилином та еозином.
36. ×100.

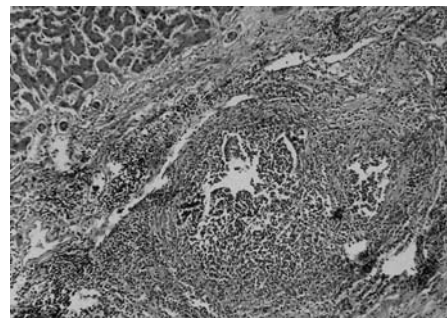


Рис. 3.
Мікрофото.
Гнійний ангіохоліт з деструкцією стінок жовчних проток.
Забарвлення гематоксилином та еозином.
36. ×100.

За даними гістологічного дослідження операційного матеріалу (видаленого жовчного міхура) виявлений високодиференційований зроговілий плоскоклітинний рак з проростанням всіх шарів стінки органа.

На тлі проведеного лікування стан хворої покращився. Через 1 міс хвора виписана у задовільному стані під нагляд хірурга поліклініки за місцем проживання. Остаточний діагноз: рак жовчного міхура у стадії T3NxM0, стадія 3, клінічна група 2, перивезикальний інфільтрат, міхурово—дуоденальна норія; гнійний холангіт, змішана жовтяниця.

Через 5 міс пацієнтка померла. За даними патологоанатомічного дослідження виявлене масивне розростання щільної сіро—білої тканини пухлини у ділянці воріт печінки з розпадом та значною кровотечею (рис. 1). При гістологічному дослідженні в печінці виявлений метастатичний плоскоклітинний рак. Пухлина складається з великих клітин з характерною еозинофільною цитоплазмою і поліморфними ядрами. В ядрах містяться численні нуклеолі і ядерця від одного до кількох. Фігури мітозів рідкі. Спостерігали вогнища зроговіння з утворенням "ракових перлин". В пухлині виявлені численні вогнища некрозу. Вростання і поширення пухлини в печінці переважно по ходу жовчних проток і кровоносних судин (рис. 2). З перидуктальних і периваскулярних ділянок пухлина поширювалася безпосередньо в паренхіму печінки. Проте, між масивами пухлини і паренхімою печінки спостерігали утворення тонкої сполучнотканинної капсули, де виявляли перифокальну хронічну запальну інфільтрацію.

ЛІТЕРАТУРА

1. Иванов Ю. В. Редкое наблюдение плоскоклеточного рака желчного пузыря на фоне желчнокаменной болезни / Ю. В. Иванов, Ф. Г. Забозлаев // Клини. практика. — 2012. — № 2. — С. 26 — 30.
2. Hosseinzadeh M. Primary pure squamous cell carcinoma of gall—bladder presenting as acute cholecystitis / M. Hosseinzadeh, M. Shokripur, H. Salahi // Iran J. Med. Sci. — 2012. — Vol. 37, N 4. — P. 271 — 273.
3. Squamous variant of gall—bladder cancer: is it different from adenocarcinoma? / R. Kalayarsan, A. Javed, P. Sakhujia, A.K. Agarwal // Am. J. Surg. — 2013. — Vol. 206, N 3. — P. 380 — 385.
4. Squamous/adenosquamous carcinoma of the gall—bladder: Analysis of 34 cases and comparison of clinicopathologic features and surgical outcomes with adenocarcinoma / H. W. Song, C. Chen, H. X. Shen [et al.] // J. Surg. Oncol. — 2015. — Vol. 112, N 6. — P. 677 — 680.
5. Clinicopathologic analysis of adenosquamous/squamous cell carcinoma of the gall—bladder / W. S. Kim, K. T. Jang, D. W. Choi [et al.] // Ibid. — 2011. — Vol. 103, N 3. — P. 239 — 242.

В печінці ознаки гнійного ангіохоліту і абсцедуючого гепатиту. Інфільтративний ріст плоскоклітинного раку в ділянці воріт печінки зумовив ефект механічного стискання жовчних проток, внаслідок чого виникла їх дилатація з фіброзом стінок. Ускладненням цього процесу є гнійний ангіохоліт. Частина жовчних проток деструктивно—змінена, в печінкових тріадах виражена запальна інфільтрація (рис. 3).

В просвіті збережених жовчних проток міститься гнійний екссудат. В ділянках внутрішньопечінкового росту пухлини некроз і формування мікроабсцесів. Також в цих зонах виявлені колонії мікроорганізмів і грибів з формуванням друз.

Септичну інтоксикацію внаслідок поширеного гнійного ангіохоліту і гнійного абсцедуючого гепатиту слід розглядати як фактор декомпенсації і формування поліорганної недостатності, що стало безпосередньою причиною смерті хворої.

ВИСНОВКИ

1. Первинний плоскоклітинний рак жовчного міхура виникає переважно на тлі ЖКХ з хронічним холециститом.
2. Вростання і поширення пухлини в печінці відбувається переважно по ходу жовчних проток і кровоносних судин, супроводжується гнійними ускладненнями і кровотечею.

