

Є.Х. Заремба, О.М. Голик, Н.О. Рак

Львівський національний
медичний університет
ім. Данила Галицького

ВИПАДОК РАКУ ПРЯМОЇ КИШКИ IV СТАДІЇ З МНОЖИННИМИ МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧІНКУ

Резюме

У статті описаний клінічний випадок та основні аспекти перебігу раку прямої кишки й сучасні методи діагностики цього захворювання.

Ключові слова

Рак прямої кишки, метастази, клінічний випадок.

Хворий Г., 1945 р.н., поступив у кардіологічне відділення КМКЛШМД м. Львова 30.05.2013 р. зі скаргами на підвищення артеріального тиску (АТ) до 160/100 мм рт.ст., що супроводжується боєм голови в потиличній ділянці, головокружінням, шумом у вухах, задишку, загальну слабкість, швидку втомлюваність, зниження працездатності, важкість і дискомфорт в епігастральній ділянці та в правому підребер'ї, часті рідкі випорожнення з домішками слизу та свіжої крові протягом 2-х місяців, схуднення на 15 кг.

Вважає себе хворим ішемічною хворобою серця (ІХС) та гіпертонічною хворобою (ГХ) протягом останніх 5 років, коли вперше встановлено підвищення АТ до 180/100 мм рт.ст. Гіпотензивні препарати регулярно не приймав, стаціонарно не лікувався. Протягом останнього місяця стан хворого поступово погіршився, наростали описані вище скарги, з приводу яких звернувся в кардіологічне відділення КМКЛШМД для діагностики та лікування.

Ріс і розвивався в задовільних соціально-побутових умовах. Спадковий та алергологічний анамнези не обтяжені. Працює слюсарем у шкідливих умовах. Шкідливі звички: алкоголь вживав періодично, курих до 20 сигарет на день. Виразкова хвороба шлунка з 2008 року, близько 20 років тому проведена флектомія.

Об'єктивний огляд: загальний стан середньої важкості. Свідомість ясна. Положення в ліжку активне. Будова тіла правильна, конституція нормостенічна. Шкірні покриви чисті, блідо-рожевого кольору, слизові оболонки чисті, блідо-рожеві, набряки відсутні. Підшкірна жирова клітковина розвинена помірно, периферичні лімфатичні вузли не збільшені, не болючі й не спаяні з оточую-

чими тканинами. М'язовий тонус і сила знижені. Кістково-суглобова система без особливостей.

Серцево-судинна система: ділянка серця не змінена. Патологічної пульсації судин шиї не спостерігається. Верхівковий поштовх пальпується в V міжребер'ї на 1,5 см від лівої середньо-ключичної лінії площею 1,5 см. Границі відносної серцевої тупості: права – 1 см назовні від правого краю грудни, ліва – на 1,5 см від лівої середньо-ключичної лінії, верхня – нижній край III ребра. Аускультативно: тони серця ритмічні, дещо ослаблені, акцент II тону над аортою, ЧСС – 72 уд/хв, пульс – 72 уд/хв, задовільного наповнення та напруження, АТ – 150/90 мм рт.ст.

Дихальна система: дихання носом вільне. Грудна клітка симетрична, при пальпації не болюча, еластична, резистентна. Над- і підключичні ямки виражені помірно, міжреберні проміжки не втягнені. Перкуторно над легеньками ясний легеневиий звук. Аускультативно: везикулярне дихання з жорстким відтінком у нижніх відділах легень, частота дихання – 18/хв.

Травна система: язик сухий, обкладений білим нальотом, зів не гіперемований. Живіт округлої форми, при пальпації м'який, чутливий в епігастральній ділянці та правому підребер'ї, пальпаторно відчувається щільна, збільшена в розмірах печінка з множинними тугоеластичними утвореннями. Печінка виступає на 4-5 см з-під краю реберної дуги. Селезінка та підшлункова залоза не пальпуються. Випорожнення часті (4-5 разів на добу), рідкі зі слизом і незміненою кров'ю.

Сечовидільна система: ділянка нирок не змінена, симптом Пастернацького (-) з обох сторін, діурез достатній.

Лабораторні методи обстеження. Загальний аналіз крові: гемоглобін – 158 г/л, еозинофіли – 10%, палички – 0%, лімфоцити – 16%, моноцити – 3%, тромбоцити – 341×10^9 в 1 л, ШОЕ – 39 мм/год. Дослідження ліпідного обміну: загальний холестерин – 5,44 ммоль/л, холестерин ЛПНЩ – 3,71 ммоль/л, коефіцієнт атерогенності – 3,22. Коагулограма: протромбіновий час – 18, загальний фібриноген – 7,8 г/л.

Додаткові методи обстеження та консультації спеціалістів.

1. Комп'ютерна томографія з контрастуванням (30.05.2013 р.). Легенева тканина без об'ємних утворень, лімфовузли середостіння не збільшені, плевральні синуси вільні, на плеврі зліва в S10 – кальцинат до 10 мм.

У печінці множинні гіподенсивні утворення накопичують контрастну речовину по периферії, селезінка – не збільшена, без вогнищевих змін, підшлункова залоза – без об'ємних утворень, в обох нирках множинні кисти, чашко-мискова система, наднирники – без об'ємних утворів, за очеревинні лімфовузли не збільшені.

У дистальних відділах стінка прямої кишки потовщена, інтенсивно накопичує контрастну речовину, зовнішній контур нечіткий за рахунок великої інфільтрації параректальної клітковини, зліва збільшені параректальні лімфовузли (2) до 10 мм., простата збільшена в розмірах з кальцинатами (аденома).

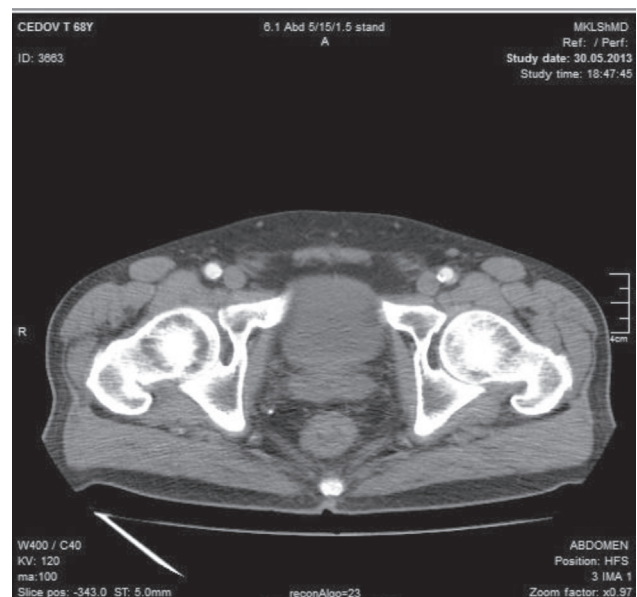
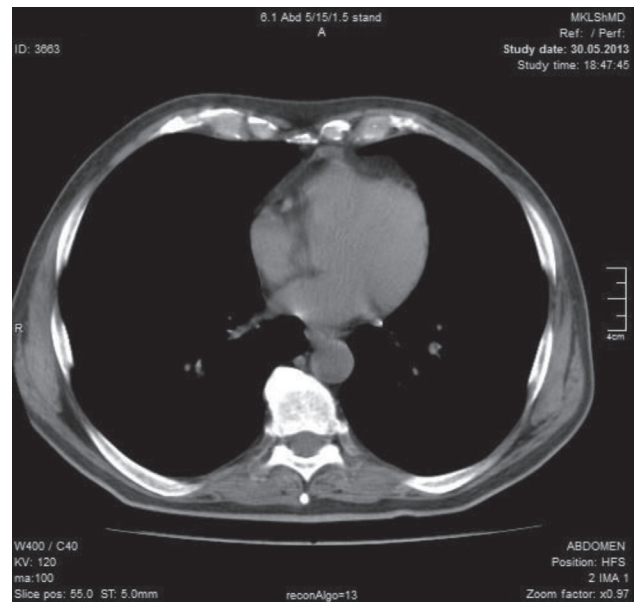
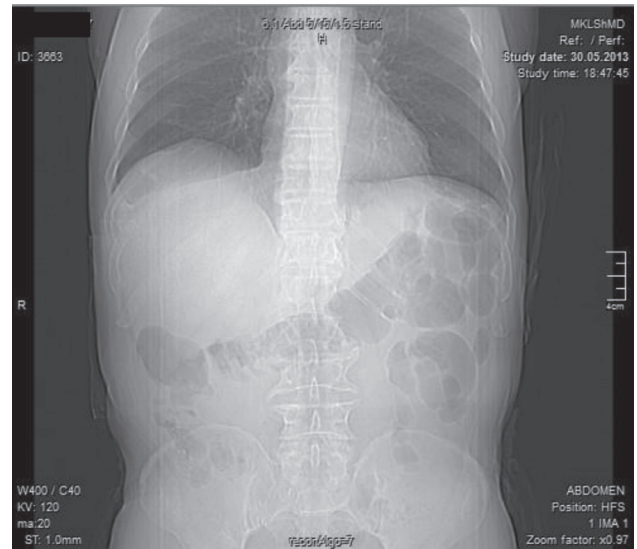
Кістково-деструктивних змін не виявлено. При обстеженні головного мозку об'ємні утворення не візуалізуються.

Висновок: КТ зміни характерні для раку прямої кишки, mts ураження печінки.

2. УЗД-обстеження внутрішніх органів (30.05.2013 р.). Печінка значно збільшена (185 мм), структура – грубозерниста, підвищена ехогенність, жовчеві протоки та судини не розширені, наявні об'ємні множинні тканинні утвори. Холедох не розширений. Жовчевий міхур нормальних розмірів, стінка в нормі, конкрементів не виявлено. Підшлункова залоза – розміри нормальні, структура дифузно неоднорідна. Об'ємних утворень не виявлено, дещо підвищена ехогенність. Нирки розміщені типово. Права – розміри нормальні, кірковий шар 10 мм, ехогенність підвищена. Затримка сечі – у мисочці, конкременти – солі. Об'ємних утворень не виявлено. Ліва – розміри нормальні, кірковий шар 13 мм, ехогенність підвищена, ЧМС розширена, затримка сечі – у мисочці та у верхній третині сечоводу. Конкременти – солі. Об'ємних утворень не виявлено. Селезінка – розміри й структура в нормі.

Сечовий міхур не наповнений.

Заключення: множинні mts печінки, пієлоектазія обох нирок.



Комп'ютерна томографія органів черевної порожнини з контрастуванням

3. Фіброезофагогастродуоденоскопія (30.05.2013 р.). Стравохід вільно прохідний. Хіатус змикається щільно на 43 см від різців, на рівні z-лінії та на початку шлункових складок. У шлунку слиз, слина, складки еластичні, слизова набрякла, препілорично – ерозії. Воротар – вільно прохідний. Цибулина запальна, по задній стіні виразка до 9 мм, постбульбарний відділ без патології.

Висновок: виразка цибулини 12-палої кишки, ерозії антруму.

4. Консультація хірурга (30.05.2013).

Висновок: У хворого с-г прямої кишки IV ст. Ознак триваючої кровотечі немає. Наявна виразка цибулини 12-палої кишки.

Клінічний діагноз: ІХС. Стабільна стенокардія напруги II ФК. Постінфарктний кардіосклероз. Гіпертонічна хвороба II ст., 3 ступінь, ризик дуже високий (IV). СН I ст. ФК III ст. Виразкова хвороба шлунка та цибулини дванадцятипалої кишки, в стадії загострення. Рак прямої кишки, IV ст. Множинні метастази печінки. Пілоектазія обох нирок.

Проведене лікування:

- Режим I, II, III;
- Дієта №10;
- Sol. Analginі 50% – 2,0 в/м 2 р/д.;
- Sol. Dimedrolі 1% – 1,0
- Sol. Glucosae 5% – 200,0
- Insulini 4 ОД в/в крап. 1 р/д;
- Sol. Asparcam 10,0
- Tab. Lisinopryli 5 mg. по 1 таб. 1 р/д.;
- Tab. Pantoprasoli 40 mg. по 1 таб. 2 р/д.

Хворий неодноразово консультований хірургом центру шлунково-кишкових кровотеч, онкологом. Проведено ректороманоскопію з біопсією утвору. Результат обстеження: пухлина прямої кишки на 10 см вище анального отвору. Дані біопсії: помірно диференційована аденокарцинома. Хворий для подальшого лікування скерований у спеціалізований онкологічний стаціонар.

Рак прямої кишки займає по частоті 6-7 місце серед інших локалізацій пухлин, складаючи близько 4-5% усіх ракових захворювань. Серед локалізацій у кишечнику раку прямої кишки належить перше місце (70-80% усіх випадків раку кишечника).

Найбільш часто рак прямої кишки діагностують у віці 40-60 років, однак він може виникати й у більш молодому віці (20-30 років), причому навіть частіше, ніж інші форми раку. Жінки й чоловіки хворіють з однаковою частотою.

До передракових захворювань, з якими пов'язують виникнення пухлини прямої кишки,

відносять хронічні запальні процеси в прямій кишці (проктити, виразки), ускладнення тривало існуючого геморою – тріщини, свищі, а також поліпи та поліпоз прямої кишки.

Рак прямої кишки відповідно до локалізації пухлини розділяють на такі форми:

а) високий супраампулярний рак, найчастіше щільний скір, який кільцеподібно звужує просвіт кишки й швидко призводить до стенозу;

б) ампулярний рак, найчастіше зустрічається у вигляді аденокарциноми, росте у вигляді екзофітної (вибухаючої) пухлини або у вигляді кратероподібної виразки, яка кровоточить, з інфільтрованою підставою;

в) анальний рак, що виникає безпосередньо над анальним отвором у вигляді щільної пухлини або виразки й нерідко має плоскостінну будову.

Слід зазначити, що в прямій кишці виникають й інші форми пухлин – злоякісна меланома та саркоми. За клінічним перебігом й методами лікування вони мало відрізняються від інших ракових процесів.

Рак прямої кишки метастазує лімфогенним шляхом у лімфатичні вузли брижі, у навколокишкову тазову клітковину та лімфатичні вузли по ходу аорти. Гематогенні метастази проникають найчастіше в печінку, хоча спостерігають також і ураження кісток. При низько розташованому анальному раку метастази можуть уражати пахові лімфатичні вузли й тоді лікування доповнюють ще однією операцією – видаленням цієї групи лімфатичних вузлів. Найчастіші ускладнення: проростання пухлини в сусідні органи й стінку малого таза, гнійно-запальні процеси в ділянці пухлини (гнійний парапроктит, флегмона клітковини малого таза та заочеревинного простору), кровотеча з прямої кишки, обтураційна кишкова непрохідність.

Прогноз при операбельних формах раку прямої кишки більш сприятливий порівняно з іншими локалізаціями раку органів шлунково-кишкового тракту. Стейке п'ятилітнє вилікування перевищує 50%.

Профілактичні заходи: диспансерному спостереженню у хірурга-проктолога з оглядами не рідше одного разу на рік підлягають хворі групи ризику (що страждають поліпами й поліпозом прямої кишки, хронічними запальними процесами в прямій кишці, ускладненнями довгостроково існуючого геморою – тріщинами, норицями й ін.). Важливою профілактичною мірою є нормалізація харчування, зменшення в раціоні вмісту м'ясних продуктів, боротьба із запорами.

A CASE OF RECTAL CANCER STAGE IV WITH MULTIPLE LIVER METASTASES

Ye.Kh. Zaremba, O.M Holyk., N.O. Rak

Summary

The article describes a clinical case and the main aspects of current colorectal cancer and advanced methods of diagnosis of this disease.

Keywords: colorectal cancer, metastasis, clinical case.