

УДК 616.349-006.6-06:616.345-007.271/.272-036.1)-07

ГАНЖИЙ В.В.¹, НОВАК С.А.², АКИНЬШИН В.П.², КОЛЕСНИК И.П.¹, БАРАНОВ Е.И.²¹Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье, Украина²Городская клиническая больница экстренной и скорой медицинской помощи, г. Запорожье, Украина

СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА СИГМОВИДНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОГО ОСТРОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ, СИМУЛИРУЮЩЕГО УЩЕМЛЕННУЮ ПАХОВУЮ ГРЫЖУ

В настоящее время в связи с прогрессирующим ростом заболеваемости колоректальным раком, трудностями диагностики ранних стадий данной патологии, ввиду поздней обращаемости населения и отсутствия скрининговых программ не теряет актуальности тема диагностики и лечения осложненных форм этого заболевания [1, 3, 4]. Несмотря на определенные достигнутые успехи как в диагностике, так и в лечении злокачественных новообразований толстой кишки, осложненных острой толстокишечной непроходимостью, в повседневной хирургической практике могут встречаться трудные случаи с запутанной клинической картиной, диагностика которых вызывает затруднения даже у хирургов, имеющих большой опыт лечения данной патологии [2, 5]. Нередко это приводит к тому, что диагноз злокачественного новообразования толстой кишки устанавливается лишь интраоперационно.

В связи с этим, по нашему мнению, интересен будет приведенный ниже клинический случай интраоперационной диагностики карциномы сигмовидной кишки, которая располагалась в грыжевом мешке левосторонней рецидивной пахово-мошоночной грыжи и являлась причиной острой толстокишечной непроходимости. Относительная редкость подобных случаев заслуживает особого внимания, так как является объектом для обогащения информационного кругозора каждого хирурга, в той или иной мере сталкивающегося с диагностикой и лечением данной группы пациентов.

Приводим данный клинический пример.

Больной П., 50 лет, история болезни № 13 306, поступил 31.07.2013 г. в ургентном порядке в приемно-диагностическое отделение КП «Городская клиническая больница экстренной и скорой медицинской помощи» с жалобами на боли в грыжевидном выпячивании, располагавшемся в левой паховой области и

опускавшемся в мошонку, вздутие живота, тошноту, общую слабость, головокружение. Стул отсутствовал в течение шести суток, в течение 12 часов не отходили газы. Из анамнеза выяснено, что больной перенес операцию по поводу левосторонней паховой грыжи в 1983 году (грыжесечение с пластикой грыжевых ворот по Кукуджанову). С 1985 года образовалась рецидивная левосторонняя паховая грыжа, которая сначала была небольших размеров, а затем опустилась в мошонку и в последние четыре года до поступления в клинику не вправлялась в брюшную полость. В течение двух лет больной отмечает появление запоров, однако по поводу данных жалоб не обследовался и за помощью не обращался. Значимой потери массы тела и изменения характера испражнений за указанный период не было.

При объективном исследовании общее состояние пациента средней степени тяжести. Кожа, видимые слизистые оболочки бледные, тургор кожи не снижен. Грудная клетка астенического типа, дыхание жесткое, несколько ослаблено в нижних отделах легких с обеих сторон. АД 130/90 мм рт.ст., пульс достаточного наполнения и напряжения, 100 уд/мин. Живот несколько поддут и асимметричен за счет наличия в левой паховой области грыжевидного выпячивания больших размеров, опускающегося в мошонку. При пальпации живот болезнен в области описанного образования, перитонеальных симптомов нет. Грыжевидное выпячивание напряжено, при пальпации болезненное, в брюшную полость не вправляется, в просвете его пальпируется плотное образование до 8 см в диаметре. Аускультативно выслушивается вялая перистальти-

© Ганжий В.В., Новак С.А., Акиншин В.П., Колесник И.П., Баранов Е.И., 2013

© «Украинский журнал хирургии», 2013

© Заславский А.Ю., 2013

ка. При перкусии брюшной стенки по ходу толстой кишки отмечается тимпанит. При осмотре *per rectum* тонус сфинктера прямой кишки сохранен, в ее просвете выявлены остатки кала светло-коричневого цвета, патологических образований не выявлено. При рентгенологическом исследовании брюшной полости обнаружены множественные толстокишечные арки без уровней жидкости. Больной госпитализирован с диагнозом: левосторонняя рецидивная невраправимая пахово-мошоночная грыжа. Ущемление? Острая толстокишечная непроходимость.

Принято решение о проведении экстренного оперативного вмешательства.

Операция 31.07.2013. Герниолапаротомия. При вскрытии грыжевого мешка в его просвете обнаружена петля сигмовидной кишки, без признаков некроза, в средней трети которой обнаружена циркулярная карцинома, перекрывающая ее просвет, не прорастающая в окружающие ткани. Описанная кишка была увеличена по типу долихосигмы, а ее приводящий отдел дилатирован до 8 см. Выполнена срединная лапаротомия. В брюшной полости обнаружено до 300 мл серозной жидкости. Правые отделы толстой кишки расширены до 10 см в диаметре, содержат жидкость и воздух, имеются линейные трещины серозной оболочки в области восходящего отдела ободочной кишки. Тонкая кишка находится в спавшемся состоянии. При визуальной и пальпаторной ревизии признаков метастатического поражения печени, а также других органов не выявлено. После этого выполнена резекция сигмовидной кишки (гистологическое заключение: низкодифференцированная аденокарцинома сигмовидной кишки T3N1M0G3) с последующим выведением одностольной десцендостомы. Произведена пластика задней стенки левого пахового канала. Брюшная полость была дренирована и послойно ушита.

Послеоперационный период прошел гладко. Дренажи из брюшной полости удалены на 3-и — 4-е сутки, функция кишечника восстановилась на 3-и сутки, рана зажила первичным натяжением. Больной выписан на 10-е сутки из отделения.

Заклучение

Приведенный клинический пример наглядно демонстрирует реальные трудности диагностики рака толстой кишки как первопричину острой толстокишечной непроходимости, с которыми можно столкнуться в повседневной врачебной практике. Необходимо помнить, что осложненный колоректальный рак при наличии другой явной хирургической патологии способен имитировать другие заболевания и запутывать клиническую картину. Залогом успешной дооперационной диагностики в подобных urgentных случаях является обоснованная онкологическая настроженность врача при сборе анамнеза и физикальном обследовании пациента. При этом богатому разнообразию проявлений осложненного непроходимостью злокачественного поражения толстой кишки необходимо противопоставить не менее богатый информационный кругозор и клиническое мышление.

Список литературы

1. Антипова С.В. Алгоритм и методы хирургического лечения осложненных форм колоректального рака / С.В. Антипова, Е.В. Калинин, В.В. Шляхтин // *Онкология*. — 2009. — Т. 11, № 4. — С. 293-297.
2. Атаев С.Д. Колоректальный рак, осложненный непроходимостью кишечника: клиника, диагностика, лечение / С.Д. Атаев, М.Р. Абдуллаев, А.А. Абдуллаев // *Колопроктология (материалы III Всероссийского съезда колопроктологов 12–14 октября 2011 г., Белгород)*. — 2011. — № 3(37). — С. 62.
3. Давыдов М.И. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2005 году / М.И. Давыдов, Е.М. Аксель // *Вестник РОНЦ им. Блохина*. — 2006. — Т. 17, № 3, приложение 1. — С. 202.
4. *AJCC (American Joint Committee on Cancer) Cancer Staging Manual / Ed. S.B. Edge [et al.]*. — 7th ed. — New York: Springer, 2010. — 143 p.
5. Wan D. Surgical management for colon cancer complicated with acute obstruction / D. Wan, G. Chen, H. Liu // *Zhonghua Zhong Liu Za Zhi*. — 2001. — Vol. 23, № 4. — P. 338-340.

Получено 18.10.13 □