

ГНОЙНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ РАКЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ

5-522

Учитывая сложность строения забрюшинного пространства, легко можно себе представить разнообразие локализаций гнойного процесса, возникающего при раке толстой кишки.

Диагностика этого осложнения весьма затруднительна, и нередко даже вскрытие абсцесса не выясняет истинную природу заболевания.

По Б. Л. Бронштейну [3], гнойное осложнение рака толстой кишки характеризуется двояко: 1) первоначальное проявление и последующее течение его, обычное для рака толстой кишки, причем о воспалительном фоне свидетельствует высокая температура, лейкоцитоз и соответствующий сдвиг в лейкоформуле; 2) заболевание проявляется картиной острого процесса.

Дифференциальная диагностика особенно трудна, когда процесс локализован в правой подвздошной области. В этих случаях приходится исключить аппендицит, актиномикоз, туберкулез слепой кишки.

Учитывая относительную редкость гнойных осложнений рака толстой кишки, трудность их диагностики, а также отсутствие четких установок в способе лечения, мы сочли необходимым описать четыре случая, наблюдаемые нами.

Больные были в возрасте 40, 49, 50 и 53 лет (мужчин — 3, женщин — 1).

По данным литературы, процессы нагноения встречаются почти с одинаковой частотой как слева, так и справа.

У одного из наших больных опухоль располагалась в слепой кишке, у другого — в восходящей, у двух — в сигмовидной кишке.

По данным Г. Г. Караванова [6], начало заболевания при латентно текущих раках, осложненных инфекцией, характеризуется тупыми болями в животе справа или слева, температурой постоянного ремитирующего характера. В ранних же стадиях заболевания высокая температура часто служит причиной диагностических ошибок [1], но необходимо помнить, что этот симптом при наличии опухоли, напоминающей воспалительный инфильтрат, в большинстве случаев характерен для осложненного инфекцией рака.

Описываем наши наблюдения.

Больной Х. Р., 49 лет (история болезни № 2412/21). Поступил в клинику 21/XII 1963 г. с жалобами на постоянные тупые боли в правой подвздошной области. Ощущается опухоль в правой половине живота. Заболевание началось 4 месяца назад острыми болями в правой подвздошной области, вследствие чего экстренно произведена аппендэктомия. После операции появилась высокая температура, а через 15 дней была обнаружена большая болезненная опухоль в правой мезогастральной области.

Общее состояние больного средней тяжести, покровы бледные, подкожная клетчатка слабого развития. Живот овальной формы. В правой подвздошной области рубец после аппендэктомии. Вся правая половина занята большой, бугристой, почти неподвижной опухолью, резко болезненной при пальпации. Температура гектическая. Кровь: Нв — 42%, лейкоц. — 12000, РОЭ — 75 мм; реакция на кровь в кале резко положительная. РПП с В/в урографией — со стороны почек патологии не выявлено.

С диагнозом рак слепой кишки произведена пробная лапаротомия 21/1964 г. При ревизии обнаружена громадная бугристая опухоль, исходящая из восходящей кишки.

прорастающая в печень и забрюшинное пространство, множественные метастазы в печени. Гистологический диагноз: аденокарцинома слепой кишки с участками распада и гнойного расплавления.

В данном наблюдении острое начало, высокая температура, сдвиг в крови явились причиной диагностической ошибки. Два аналогичных наблюдения описывает и Г. Г. Караванов [6].

В ряде случаев флегмоне или абсцессу могут предшествовать симптомы механической или динамической непроходимости кишечника.

Механическую кишечную непроходимость мы наблюдали у одного больного.

Больной А. П., 53 года (история болезни № 1712). Поступил в клинику 14/IX 1963 г. с жалобами на схваткообразные боли в животе, задержку стула и отхождения газов, на частичную проходящую кишечную непроходимость в течение года.

Общее состояние больного тяжелое. Пульс—90 уд., арт. давл.—100/80 мм. Живот симметричный, значительно вздут и напряжен. При пальпации разлитая болезненность. Симптом Валя положительный, перкуторно-высокий тимпанит. Лейкоцитоз—16 000.

Произведена рентгеноскопия: чаши Клейбера в нижних отделах, двухсторонняя паранефральная блокада, эзерин, промывание желудка, сифонная клизма. Ввиду безрезультатности консервативных мероприятий больной оперирован 14/IX 1963 г.—средняя лапаротомия. При ревизии установлена стенозирующая опухоль сигмы, прорастающая в боковую брюшную стенку. Ввиду тяжелого состояния больному наложен обходной анастомоз между коленами сигмовидной кишки.

В течение послеоперационных 7 дней состояние прогрессивно ухудшалось и 23/IX 1963 г. больной умер.

Патологоанатомический диагноз: аденокарцинома сигмовидной кишки со стенозом и изъязвлением. Гнойный параколит. Состояние после обходного анастомоза сигмы. Тяжелая белково-липидная дистрофия паренхиматозных органов. Начинающийся цирроз печени.

Как известно, параколитический абсцесс может прорваться в один из соседних органов, а иногда и в свободную брюшную полость [3, 6].

Прорыв гнойника в забрюшинное пространство может показаться паранефритом или параметритом. При этом даже после разреза не всегда удается поставить правильный диагноз, если в области свища не появляются опухолевые разрастания. Описываем такой случай.

Больная Б. В., 40 лет (история болезни № 96). Поступила в клинику 5/I 1954 г. с диагнозом: забрюшинный абсцесс. Считает себя больной около 5 мес., когда появились боли в животе, запоры. Проведенное тогда терапевтическое лечение дало некоторое облегчение. Вскоре после этого состояние больной начало ухудшаться. Температура поднялась до 39°, появился озноб. Установлен гнойник в левой паховой области. Произведен разрез и эвакуировано около 500 мл зловонного гноя. В течение одного месяца свищ в области разреза не закрылся, с 3/I 1954 г. появились каловые выделения.

При поступлении общее состояние тяжелое. Кожа и видимые слизистые бледные. В левой подвздошной области имеется свищ размером 2×2 см, откуда выделяется каловое содержимое. Кровь: Нв—34%, эр. 2 200 000, лейкоц.—19 000; сдвиг влево, токсическая зернистость+++. В моче обнаружены белок, гиалиновые и зернистые цилиндры; реакция на кровь в кале положительная.

Несмотря на все проводимые мероприятия (переливания дробных доз крови, ан-

антибиотики, витамины и пр.), состояние больной прогрессивно ухудшалось. Предполагали наличие амёбного абсцесса печени.

21/I 1954 г. произведена срединная лапаротомия выше пупка. В печени обнаружены множественные метастазы рака. 19/II 1954 г. больная скончалась.

Патологоанатомический диагноз: полипоз толстого кишечника, фибромиома матки. Рак сигмовидной кишки с метастазами в лимфоузлы малого таза, парааортальную клетчатку и печень (диффузно). Пельвиоперитонит, гнойный параколит. Каловый свищ левой подвздошной области, тромбоз нижней полой вены, общее ожирение.

В данном случае первоначальная картина болезни не давала оснований думать о раке, так как ведущими симптомами были признаки воспалительного процесса. Лишь обнаружение метастазов в печени дало возможность выяснить истинный характер болезни.

Настоящее наблюдение подтверждает правильность мнения Г. Г. Караванова [6], что каловый свищ после вскрытия околокишечного гнойника появляется позже. Это говорит о том, что воспалительный процесс развивается в результате перехода инфекции через стенку опухоли в клетчатку при ее пенетрации, а перфорация наступает значительно позже. Такой вариант образования свища автор наблюдал в 8 из 9 своих наблюдений. В нашем наблюдении каловый свищ образовался через 45 дней после вскрытия гнойника. Следует указать, что при затяжных воспалительных инфильтратах и длительно незаживающих свищах, особенно у пожилых больных, всегда следует помнить о раке, осложненном нагноением.

В отношении тактики лечения гнойных осложнений рака толстой кишки в литературе имеются разноречивые мнения. Первичный рак толстой кишки, осложненный воспалительным инфильтратом, часто производит впечатление полной иноперабельности [2 и др.], так как многие авторы, как указывает Г. Г. Караванов [6], гнойные осложнения рассматривают как заключительную стадию развития опухоли. Вместе с тем другие [7] указывают, что периколитические абсцессы могут быть очень ранним осложнением рака и поэтому после вскрытия гнойника можно вторично произвести радикальную операцию (они собрали 19 таких наблюдений и прибавили два собственных наблюдения). Кертс при аденокарциноме восходящей кишки произвел резекцию через 51 день после вскрытия абсцесса и проследил отдаленный результат в течение 21 года (по Г. Г. Караванову [6]).

Эти наблюдения дают основание считать, что в некоторых случаях подобная тактика оправдана.

Больной А. В., 50 лет (история болезни № 746). Поступил в клинику 17/IV 1962 г. с диагнозом: паранефрит. При поступлении жаловался на постоянные сильные боли в правой поясничной области, озноб, высокую температуру, рвоту. Пять месяцев тому назад начались тупые боли в правой поясничной области. Диагноз: радикулит. Лечился, но безрезультатно. За последние две недели боли резко усилились, появился озноб, высокая температура, и больной был направлен на стационарное лечение.

Общее состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые бледные. Сердце и легкие в норме. Арт. давл. 100/60 мм.

В правой поясничной области имеется припухлость величиной с головку новорожденного. Кожа в этой области напряжена, гиперемирована, отечна. Пальпация резко болезненна, выраженная флюктуация. Температура—39,2°. Кровь: Нв—66%, эритроц.

3410 000, лейкоц.—34000, РОЭ—40 мм. Резкий сдвиг формулы влево. Токсическая зернистость ++. Диагноз: паранефрит.

В день поступления под анестезией произведен разрез и выпущено около 500 мл гноя со зловонным запахом. Через три дня во время перевязки из раны появились каловые выделения, образовался каловый свищ. Стул почти полностью выходил через свищ. До 3/V 1962 г. проводилось общеукрепляющее лечение (переливание крови, белковые препараты, витамины и пр.).

4/V 1962 г. под эфирно-кислородным наркозом произведена срединная лапаротомия. Слепая и восходящие кишки фиксированы к поясничной области. В слепой кишке прощупывается плотная, бугристая опухоль. Поперечноободочная кишка и ileum на расстоянии 20 см от места своего впадения пересечены между зажимами. Все 4 культи зашиты и инвагинированы кисетными швами. Наложен илеотрансверзоанастомоз бок о бок. После мобилизации илеоцекального угла и восходящей кишки до свища сделана попытка вывернуть кишку через свищ. Последняя не удалась, поэтому кишка удалена чрезбрюшинным путем. Ложе восходящей кишки перитонизировано, отсюда подведена дренажная трубка. Брюшная полость зашита послойно до дренажа. В поясничную рану введены толстая дренажная трубка и два тампона с мазью Вишневского.

На удаленном препарате: на задней стенке слепой кишки имеется дефект 6×5 см, по краям опухолевидные разрастания с плотными бугристыми краями. Гистологический диагноз: аденокарцинома слепой кишки.

Послеоперационное течение гладкое. Через 5 дней стул нормальный. 29/V 1962 г. больной выписан с почти зарубцевавшейся раной поясничной области.

Большинство авторов при гнойных осложнениях рака толстого кишечника считают показанными многоэтапные операции, которые преследуют цель отдалить время мобилизации кишки до исчезновения воспалительных явлений. Финстерер [8] описывает 6 случаев с применением двухстороннего выключения кишки с дренажем абсцесса и изоляцией брюшной полости сальником с последующим внебрюшным удалением кишки. Длительное выздоровление (10 и 11 лет) автор наблюдал у двух больных.

Исходя из всего вышеизложенного, можно сделать следующее заключение: нагноительные процессы при раке толстой кишки встречаются не очень редко и часто являются первыми проявлениями различных гнойных заболеваний (паранефрит, параметрит, псоит и др.) и могут явиться причиной диагностических ошибок. При наличии длительно протекающих воспалительных инфильтратов и незаживающих свищей, в особенности у лиц пожилого возраста, надо помнить о возможности этого осложнения рака толстой кишки.

Нагноительные процессы при раке толстой кишки не всегда говорят о запущенности процесса, поэтому в ряде случаев после вскрытия флегмоны или абсцесса возможно осуществление радикальной операции.

Кафедра госпитальной хирургии
Ереванского медицинского института

Поступило 14/V 1963 г.

Գ. Լ. ՄԻՐԶԱ-ԱՎԱԳՅԱՆ

ՀԱՍՏ ԱՂԻԻ ՔԱՂՑԿԵՂԻ ԹԱՐԱԽԱՅԻՆ ԲԱՐԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Համաձայն գրականության տվյալների, հաստ աղիքի քաղցկեղի բարդությունների մեջ որոշ դեր է խաղում թարախային պրոցեսի զարգացումը, որը հաճախ տարածվում է դեպի հետորովայնամիզային տարածությունը:

Հաստ աղիքի քաղցկեղի կլինիկական պատկերը թարախային բարդության ժամանակ կախված է այն բանից, թե դեպի որ պատն է տարածվում ինֆեկցիան և զարգանում է պերիտոնիտ կամ հետորովայնամիզային ֆլեգմոնապարակոլիտ:

Նկատի ունենալով հաստ աղիքի քաղցկեղի թարախային բարդությունների ախտորոշման դժվարությունները և նրանց բուժման տակտիկայի մի շարք անորոշ և վիճելի հարցերը, հոգևածում նկարագրված է 4 հիվանդ, որոնց մոտ հաստ աղիքի քաղցկեղը բարդացել է թարախային պրոցեսով: Մեկ հիվանդի մոտ ուռուցքը տեղակայված էր կույր աղիքում, մեկի մոտ՝ վերևում, իսկ երկուսի մոտ՝ սիգմայածև աղիքում:

Ելնելով գրականության տվյալներից և կլինիկական դիտողություններից, կարելի է անել այն հետևությունը, որ թարախային պրոցեսները հաստ աղիքի քաղցկեղի ժամանակ հաճախ հանդիսանում են հիվանդության առաջին ախտանիշը: Այս բարդությունը տալիս է տարբեր թարախային հիվանդությունների կլինիկական պատկեր (պարանեֆրիտ, պարամետրիա, ապենդիկուլար ինֆելտրատ և այլն): Երկարատև բորբոքային ինֆիլտրատների և խուղակների առկայության դեպքում, առանձնապես տարիքավոր մարդկանց մոտ, պետք է հիշել հաստ աղիքի քաղցկեղի հնարավորության մասին:

Այս բարդությունը միշտ չէ, որ խոսում է բարձիթոդի վիճակի մասին: Մի շարք դեպքերում ֆլեգմոնայի կամ թարախակույտի բացումից հետո, հնարավոր է լինում կատարել ռադիկալ օպերատիվ միջամտություն:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Абдурасулов Д. М. Клиническая медицина, 1954, т. XXXII, 3, стр. 53.
2. Беседина М. Г. Хирургия, 1949, 7, стр. 80.
3. Бронштейн Б. Л. Рак толстой кишки. М., 1956, стр. 52.
4. Вишневский А. А., Левит В. С. Частная хирургия, т. 2, 1963, стр. 19.
5. Войно-Ясенецкий В. Ф. Очерки гнойной хирургии. М., 1946, стр. 259.
6. Караванов Г. Г. Сборник трудов, посвященный 25-летию А. В. Мельникова, Л., 1949, т. XIV, стр. 362.
7. Charier S., Leibovici R. De l'exerise des cancers du côlon; compliqués de gros abcès peritheoplastiques. Journ. de Chir., 1931, 7, 1.
8. Finsterer H. Obstipatio—koilitis—kolonkarcinom, Mulische Klin., 1937, 33.