

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ:
АДЕНОКАРЦИНОМА СИГМОВИДНОЙ КИШКИ LG, ПРОРАСТАЮЩАЯ В
МЫШЕЧНУЮ ОБОЛОЧКУ
Стяжкина С.Н.¹, Зиякаева Э.И.², Савельева А.Е.³**

¹Стяжкина Светлана Николаевна - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии,

²Зиякаева Элина Ильдаровна – студент,

³Савельева Ангелина Евгеньевна - студент

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России,
г. Ижевск

Аннотация: в статье описан клинический случай аденокарциномы сигмовидной кишки, прорастающей в мышечную оболочку. Особенностью данного случая является выполнение обструктивной резекции сигмовидной кишки с выведением концевой сигмостомы. Проблема злокачественных опухолей, а именно рака толстой кишки (РТК), является актуальной на сегодняшний день. В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями колоректальный рак является одной из самых насущных проблем современной онкопатологии, составляя 10% всех ЗНО и занимая 3 место по заболеваемости среди всех опухолей.

Ключевые слова: аденокарцинома сигмовидной кишки, рак толстой кишки, РТК, колоректальный рак, злокачественные новообразования, онкопатология, опухоли.

**A CLINICAL CASE IN SURGICAL PRACTICE: ADENOCARCINOMA OF THE
SIGMOID COLON LG, WHICH GROWS INTO THE MUSCLE MEMBRANE
Styazhkina S.N.¹, Ziyakayeva E.I.², Savelyeva A.E.³**

¹Styazhkina Svetlana Nikolaevna - Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Operative Surgery and Topographic Anatomy,

²Ziyakayeva Elina Ildarovna - student,

³Savelyeva Angelina Evgenievna - student

IZHEVSK STATE MEDICAL ACADEMY OF THE MINISTRY OF HEALTH OF THE RUSSIAN FEDERATION,
IZHEVSK

Abstract: the article describes a clinical case of adenocarcinoma of the sigmoid colon, which grows into the muscular membrane. A special feature of this case is the obstructive resection of the sigmoid colon with the removal of the terminal sigmoidostome. The problem of malignant tumors, namely colon cancer (RTK), is relevant today. In the structure of the incidence of malignant neoplasms, colorectal cancer is one of the most pressing problems of modern oncopathology, accounting for 10% of all cancers and ranking 3rd in terms of incidence among all tumors.

Keywords: adenocarcinoma of the sigmoid colon, colon cancer, RTK, colorectal cancer, malignant neoplasms, oncopathology, tumors.

УДК 616-006.66

Актуальность. Рак толстой кишки (РТК) – одна из наиболее распространенных форм злокачественных опухолей, занимающая лидирующие позиции по показателям летальности в мире [1]. В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями рак толстой кишки занимает III место, уступая лишь раку легкого и молочной железы. Ежегодно в мире от рака ободочной кишки умирают более 460 000 человек [2]. Несмотря на выраженность клинических признаков и технические возможности диагностики, такие факторы, как длительное бессимптомное течение, недостаточная онкологическая настороженность и поздняя диагностика, являются причинами того, что до 85% больных попадают в стационар с осложненными формами заболевания и впервые обращаются не в онкологический, а в многопрофильный стационар [3]. Особо тяжёлую группу составляют пациенты с гнойно-воспалительными осложнениями местно-распространённого рака толстой кишки. Примерно у четверти пациентов одновременно возникают несколько осложнений. Эта группа больных требует особого, индивидуального подхода.

Клинический случай. Больной И.Н. 75 лет. Поступил в круглосуточный стационар отделения абдоминальной онкологии №2 ГАУЗ Республиканского клинического онкологического диспансера МЗ РБ в плановом порядке 15.05.2024 г., с жалобами на боли в подвздошной области, запор, из-за которого приходилось принимать слабительные, боль усиливалась перед актом дефекации и в вечернее время.

Считает, что симптомы начались около 6 месяцев назад, сперва проявляясь нерегулярностью стула и лёгким дискомфортом. С течением времени боли становились сильнее, начали появляться кровянистые примеси в стуле. Потеря веса около 5 кг за последние 3 месяца. В феврале 2024 года в рамках диспансеризации взрослого населения в поликлинике по месту жительства сдал кал на скрытую кровь по программе скрининга колоректального рака. По результатам от 17.02.24 направлен на ФКС от 06.03.24, при которой выявлено объемное образование до 3 см. в ректосигмовидном отделе, контактно кровоточащее.

Объективно: при поступлении в стационар РКОД 15.05.24 общее состояние средней степени тяжести, уровень сознания по шкале Глазго 15 баллов, положение активное. Кожные покровы телесного цвета, обычной влажности, без патологических высыпаний, отёки не определяются. Видимые слизистые оболочки розовые, без патологических высыпаний. Развитие подкожно-жировая клетчатки удовлетворительное. Лимфатические узлы не пальпируются, не увеличены. Состояние костно-мышечной системы удовлетворительное, без патологических изменений. При аускультации лёгких: дыхание проводится по всем отделам, хрипов нет. При перкуссии и аускультации сердца: перкуторно границы сердца не изменены, тоны сердца ясные, ритмичные, патологических шумов не определяется. При пальпации органов брюшной полости с определением размеров печени и селезёнки: пальпация органов брюшной стенки безболезненна, печень по краю рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Стул нормальный, оформленный, без патологических включений. Симптомов раздражения брюшины нет. При пальцевом ректальном исследовании дополнительные образования не определяются. Патологических изменений в мочеполовой системе нет, область проекции почек внешне не изменена, симптом поколачивания отрицательный. Мочеиспускание произвольное, безболезненное. Менингеальных симптомов нет. Термометрия 36,6 градусов Цельсия, ЧСС 66 ударов в минуту, артериальное давление 129/83 мм.рт.ст. Антропометрия: рост 170,00 см, масса тела 82,00 кг, частота дыхательных движений 16 в минуту, насыщение крови кислородом 96%.

Данные лабораторно-инструментальных исследований:

ЭКГ от 14.05.2024: ритм синусовый с ЧСС 80 ударов в минуту, ЭОС влево. Блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса.

ЭхоКГ от 02.05.24: уплотнение аорты. Кальциноз створок аортального клапана 1-2 стадии. Недостаточность аортального клапана 1 степени. AR+. Кальциноз задней створки митрального клапана. Гипертрофия левого желудочка. Дилатация предсердия, левого желудочка. Сократительная функция миокарда левого желудочка снижена. ФВ 55%. Диастолическая дисфункция миокарда левого желудочка.

Колоноскопия от 25.04.24: ст-сигмовидной кишки, блюдцеобразная форма, тип 0-1s+0-2a, с признаками инвазии – эндоскопический татуаж.

МРТ ОМТ от 19.03.24: МР-картина В1 дистального отдела сигмовидной кишки с регионарной лимфаденопатией без явных признаков агрессии. Диффузные изменения предстательной железы.

Клинический диагноз: Аденокарцинома сигмовидной кишки.

Рекомендовано: 17.05.24. Лапаротомия. Ревизия. Обструктивная резекция сигмовидной кишки. Под эндотрахеальной анестезией после обработки операционного поля выполнена средне нижне срединная лапаротомия. В брюшной полости во всех отделах прозрачный серозный экссудат - посев. Петли тонкого кишечника раздуты до 4 см., петли толстого кишечника до с/3 сигмовидной кишки раздуты до 6 см. В с/3 сигмовидной кишки объемное образование до 3 см., далее толстая кишка спаившаяся. Печень не увеличена, обычного цвета, Мts не определяются. Желчный пузырь без признаков воспаления. Решено выполнить обструктивную резекцию сигмовидной кишки с выведением концевой сигмостомы. Порционно брыжейка сигмовидной кишки перевязана, пересечена. Гемостаз электрокоагуляцией - сухо. Дистальнее опухоли на 10 см сигмовидная кишка пересечена аппаратом "шеvron", шов перитонизирован ПГА 3-0. Выполнена резекция сигмовидной кишки с опухолью, выведена концевая сигмостома. Санация брюшной полости физиологическим раствором до чистых промывных вод. Контроль гемостаза - сухо. Послойные швы на рану. Спирт. Асептическая повязка.

По результатам гистологического исследования выявлено тубулопапиллярная аденома НG (с дисплазией тяжёлой степени).

Заключение: Таким образом, колоректальный рак является одной из самых актуальных проблем современной онкопатологии, составляя 10% всех ЗНО и занимая 3 место по заболеваемости среди всех опухолей [1]. Но, к сожалению, диагностируется в большинстве случаев только на поздних стадиях, что несомненно повышает частоту встречаемости отдаленных метастазов, при этом снижая эффективность лечения и шансы на выздоровление [2]. Из этого следует, что наибольший интерес клиницистов направлен на осуществление ранней диагностики данной патологии, как гистологическими, так и молекулярно-генетическими методами. При этом основное внимание необходимо уделять печени и легким пациента, как наиболее частым органам-мишеням метастазов колоректального рака [3].

1. *Ачкасов С.И., Лихтер М.С., Сушков О.И., Назаров И.В.* МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЁННЫЙ РАК СИГМОВИДНОЙ КИШКИ С КАРЦИНОМАТОЗОМ И МНОГОКРАТНЫМИ РЕЦИДИВАМИ. 15 ЛЕТ НАБЛЮДЕНИЯ // КОЛОПРОКТОЛОГИЯ, 2018, №1 (63)
2. *М.А. Бусыгин, Р.Г. Хамидуллин, В.А. Чернышев, А.Н. Рудык, Ф.М. Мазитова* МЕТАСТАЗ АДЕНОКАРЦИНОМЫ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ В ГОРТАНЬ // ПОВОЛЖСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК. 2019
3. *Завражнов А.А., Соловьёв И.А., Павелец К.В., Бахар С.М., Глебова А.В., Табунова М.Н.* МНОГОЭТАПНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО РАКОМ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННЫМ СУПРАСТЕНОТИЧЕСКИМИ РАЗРЫВАМИ СТЕНКИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ВДАЛИ ОТ ОПУХОЛИ // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н. И. Пирогова. 2022. №3.
4. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИПОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ *Стяжкина С.Н., Валинуров А.А., Хамматов Д.Р., Юлдашев Ф.Т., Савельева А.Е., Зиякаева Э.И.* [Электронный ресурс]. Режим доступа: <HTTPS://SCIENTIFICJOURNAL.RU/IMAGES/PDF/2024/154/VNO-11-154-III-.PDF>