

УДК 616.345-006.6-06:616.62-007.253

**М.Г.Гнатюк, Ю.П.Петрук, М.В.Лянскорунський, С.І.Райчук, С.Ю.Шевченко, В.Ю.Бодяка**  
Відділення хірургії (зав. – к.мед.н. М.Г.Гнатюк) Старокостянтинівської центральної районної лікарні  
Хмельницької області

## СЕЧОМІХУРОВО-ТОВСТОКИШКОВА НОРИЦЯ ЯК УСКЛАДНЕННЯ РЕКТОСИГМОЇДНОГО РАКУ

**Резюме.** У статті наведено рідкісний клінічний випадок успішного лікування хворого на рак ректосигмоїдного відділу товстої кишки, ускладнений сечоміхурово-товстокишковою норицею.

**Ключові слова:** сечоміхурово-товстокишкова нориця, рак товстої кишки.

Рак товстої кишки посідає одне з провідних місць серед інших злоякісних новоутворень. Частинами його ускладненнями є метастазування, кишкова непрохідність, кровотеча, запалення слизової оболонки кишки, перфорація її стінки тощо. Також слід пам'ятати про можливе проростання пухлини в суміжні органи, зокрема в сечовий міхур з утворенням нориці, що й послужило приводом до публікації нашого спостереження [1-3].

Хворий Б., 77 років (медична картка стаціонарного хворого № 1820), госпіталізований у хірургічне відділення Старокостянтинівської центральної районної лікарні 04.03.13 зі скаргами на часте сечовиділення, мутну сечу із запахом калу, проноси, загальну слабкість, млявість. Хворіє вісім місяців, хвороба почалася з проносів. За цей час загальний стан істотно погіршився, втратив 50-60 кг при ожирінні II-го ступеня аліментарного генезу, знизився апетит, а останні півтора місяці почали турбували дизуричні явища.

Під час госпіталізації загальний стан середньої тяжкості. Температура тіла становила 36,8° С. Шкірні покриви блідого кольору, із зниженим тургором. Артеріальний тиск – 110/70 мм Нг, пульс – 88 ударів за 1 хв, ритмічний. Язик вологий, вкритий білим нашаруванням. Живіт симетричний, бере участь в акті дихання. При пальпації м'який, безболісний. У нижніх відділах пальпується щільно-еластичне безболісне пухлиноподібне утворення. Перитонеальні симптоми негативні, перистальтика звичайна. При пальцевому дослідженні прямої кишки патологічних змін не виявлено.

Поєднана патологія – цукровий діабет, II тип, легка форма.

Загальний аналіз крові: еритроцити – 3,5

Т/л, гемоглобін – 115,0 г/л, кольоровий показник – 0,93, лейкоцити – 10,0 Г/л, ШОЕ – 24 мм/год. Лейкоцитарна формула: паличкоядерні нейтрофіли – 12%, сегментоядерні нейтрофіли – 54%, еозинофіли – 0%, лімфоцити – 30%, моноцити – 4%.

Загальний аналіз сечі: колір – насичено-жовтий, прозорість – мутна, відносна щільність – 1022, білок – 0,33 г/л, епітелій – одиничний в полі зору (п/з), еритроцити – 8-10 в п/з, лейкоцити – 50-60 в п/з.

Біохімічний аналіз крові: загальний білок – 55,8 г/л, загальний білірубін – 9,2 мкмоль/л, АЛТ – 0,21 ммоль/год\*л, АсАТ – 0,16 ммоль/год\*л, сечовина – 14,8 ммоль/л, креатинін – 0,139 мкмоль/л.

Коагулограма: протромбіновий індекс – 88,9%, активований час рекальцифікації – 72 с, фібриноген плазми 3,52 г/л, етаноловий тест – негативний, β-нафтоловий тест – негативний.

При рентгенологічному дослідженні органів грудної клітки патологічних змін не виявлено. Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини вказувало на захворювання кишкового тракту (сигмоподібної ободової кишки), жовчнокам'яну хворобу, хронічний холецистит без ознак загострення, метеоризм, мінімальний асцит.

Обґрунтовано діагноз – сечоміхурово-товстокишкова нориця. Враховуючи прогресуюче погіршення загального стану пацієнта, вирішено виконати термінове оперативне втручання, обсяг і тактика якого вирішиться після ревізії органів черевної порожнини.

Після відповідного обстеження та передопераційної підготовки 07.03.13 проведено оперативне втручання: лапаротомія; резекція стінки сечового міхура з норицею; резекція тонкої кишки з накладанням анастомозу “бік у бік”;

операція Гартмана; санація і дренивання черевної порожнини. Під час ревізії органів черевної порожнини виявлено конгломерат із ректосигмоїдного відділу товстої кишки, стінки сечового міхура та ділянки тонкої кишки, зі щільно-еластичним утворенням всередині. Товста кишка значно дилатована, містила щільний кал. Стінка сечового міхура потовщена, інфільтрована.

Виконано резекцію ділянки тонкої кишки, довжиною 20 см, яка була втягнута в конгломерат, накладено кишковий анастомоз по типу "бік у бік". Далі висічено ділянку сечового міхура, втягнуту в конгломерат. У порожнині сечового міхура містилася велика кількість калових мас, які було видалено за допомогою електровідсмоктувача. Після санації розчинами антисептиків порожнини сечового міхура, стінку його зашито безперервним швом у два яруси. Далі виконано резекцію товстої кишки із залишками конгломерату. Аборальний кінець товстої кишки заглушено, а оральний виведено на передню черевну стінку у вигляді кишкової стоми. Черевну порожнину ретельно сановано розчинами антисептиків, дреновано трубчастими дренажами. Лапаротомну рану пошировано зашито.

Макропрепарат. Між стінкою сечового міхура і товстою кишкою є норицевий отвір, діаметром до 1,0 см, з некротичними краями. При розрізі порожнини товстої кишки має місце пухлиноподібне утворення значних розмірів, у вигляді кольорової капусти (рисунок).

Патогістологічне дослідження (№ 1175-1189 від 15.03.13) видалених частин органів черевної порожнини: помірно диференційована аденокарцинома товстої кишки з ослизненням, некрозом, проростанням у м'язовий шар, де відмічається виражена інфільтрація, поля молоді фіброзна та грануляційної тканин, місцями з великою кількістю лейкоцитів. Подібний процес спостерігається в стінці сечового міхура, де слизова оболонка відсутня, а підслизовий шар з вираженим запаленням.

У післяопераційному періоді пацієнт п'ять днів перебував у реанімаційному відділенні через ознаки органної дисфункції, які зумовлені септичним станом та віком особи, характером операційної травми. Пацієнт отримував знеболювальну, інфузійну, антибактеріальну, протизапальну, замісну та симптоматичну терапію. Кишкову стому відкрито на першу добу після оперативного втручання. Постійно проводилася інсталяція сечового міхура розчинами антисептиків.



Рис. Макропрепарат видалених тканин, утворений ділянкою ректосигмоїдного відділу товстої кишки, щільно-еластичною пухлиною, стінкою сечового міхура та ділянкою тонкої кишки.

Після стабілізації загального стану пацієнта переведено в хірургічне відділення. Подальший післяопераційний період перебігав без особливостей, загальний стан клінічно та лабораторно повністю нормалізувався. Дренажі з черевної порожнини видалено на 5-ту добу, шви знято на 7-8 доби. На 12-ту добу післяопераційного періоду пацієнта у задовільному стані та з відповідними рекомендаціями виписано з лікарні під нагляд хірурга поліклініки. В подальшому планується виконати операцію з приводу відновлення прохідності шлунково-кишкового тракту.

Ретроспективно аналізуючи данай випадок, можна припустити, що тривале ігнорування кваліфікованою медичною допомогою призвело до виникнення ускладнень пухлини товстої кишки, а саме її запаленню з розвитком перипроцесу, в який було втягнуто стінки тонкої кишки та сечового міхура, з послідовним некрозом та утворенням сечоміхурово-товстокишкової нориці. Складність даної ситуації зумовлена прогресуючим погіршенням загального стану пацієнта, його віком, нез'ясованою етіологією нориці, а також обмеженою діагностичною інформацією стосовно її розмірів та розташування.

Цей клінічний випадок цікавий тим, що таке ускладнення раку товстої кишки надзвичайно рідкісне, мало описане в медичній літературі, у зв'язку з чим виникає перед хірургом багато нез'ясованих питань стосовно тактики лікування, ходу операції та можливих післяопераційних ускладнень.

### Список використаної літератури

1. Белоконев В.И. Клинические варианты свищей желудочно-кишечного тракта и их лечение / В.И. Белоконев, Е.П. Измайлов // Хирургия. – 2000. – № 12. – С. 8-11. 2. Измайлов Е.П. Патогенетическое обоснование тактики и способов хирургического лечения больных со свищами желудочно-кишечного тракта: автореф. дис. на соискание науч. ст. д. мед. н.: спец. 14.01.27 “Хирургия” / Е.П. Измайлов. – Самара, 2007. – 41 с. 3. Сорокін Б.В. Результати паліативного лікування з приводу нерезектабельних рецидивів раку прямої кишки / Б.В. Сорокін // Онкологія. – 2005. – № 7. – С. 168-170.

#### **МОЧЕПУЗЫРНО-ТОЛСТОКИШЕЧНЫЙ СВИЩ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ РЕКТОСИГ- МОИДНОГО РАКА**

**Резюме.** В статье приведен редчайший клинический случай успешного лечения больного раком ректосигмоидного отдела толстой кишки, осложненного мочепузырно-толстокишечным свищем.

**Ключевые слова:** мочепузырно-толстокишечный свищ, рак толстой кишки.

#### **URINARY BLADDER AND LARGE INTESTI- NAL FISTULA AS A COMPLICATION OF RECTOSIGMOID COLON CANCER**

**Abstract.** This paper describes a rare clinical case of a successful treatment of a patient with cancer of the rectosigmoid portion of the colon complicated by a urinary bladder and large intestinal fistula.

**Key words:** urinary bladder and large intestinal fistula, cancer of rectosigmoid colon.

Central District Hospital (Starokostiantyniv, Khmel'nytskyi region)

Надійшла 17.04.2013 р.