

შემთხვევის აღწერა

აზმაიფარაშვილი გ. ¹, თომაძე გ. ¹, მეგრელაძე ა., გოლეტიანი მ.

მსხვილი ნაწლავის სინქრონული პირველადი მრავლობითი კიბო

თსსუ, ქირურგიის №2 დეპარტამენტი¹; შპს “გადაუდებელი ქირურგიისა და ტრავმატოლოგიის ცენტრი”²

მსოფლიოში ყოველწლიურად კოლორექტალური კიბოს მილიონამდე ახალი შემთხვევა დიაგნოსტირდება და ამ დიაგნოზით დაახლოებით 500 ათასი ადამიანი იღუპება. მსხვილი და სწორი ნაწლავის კიბოს, საქართველოში გავრცელების მიხედვით, მესამე ადგილი უჭირავს (1,2,4).

მსხვილი ნაწლავის კიბოთი დაავადებულთა სიცოცხლის ხანგრძლივობა პირდაპირ არის დამოკიდებული სიმსივნური პროცესის გავრცელების სტადიაზე. ამ დაავადების პირველი სტადიაზე გამოვლენისას ხუთწლიანი სიცოცხლის ხანგრძლივობა საკმაოდ მაღალია და 93,2%-ს შეადგენს, თუმცა, სიმსივნის ზრდასა და მეტასტაზირებასთან ერთად, მოცემული მაჩვენებლის მკვეთრი შემცირება შეინიშნება. პროცესის მეორე სტადიაზე დიაგნოსტირებისას ხუთწლიანი სიცოცხლის ხანგრძლივობის დონე 72,2%-მდე იკლებს და, პათოლოგიურ პროცესში რეგიონული ლიმფური კვანძების ჩართვის შემთხვევაში (მესამე სტადია), 44,3%-ს შეადგენს. შორეული მეტასტაზების არსებობისას (მეოთხე სტადია) ხუთწლიანი სიცოცხლის მაჩვენებელი 8,2%-ს არ აჭარბებს (3, 4, 5, 6).

კოლორექტალური კიბოთი ავადობა მსოფლიოში მამაკაცთა შორის ავადობის 746000 ახალი შემთხვევით (კიბოთი ავადობის 10%) მესამე ადგილზეა, ხოლო ქალთა შორის მეორე ადგილზე - 614000 ახალი შემთხვევით (ავადობის 9,2%). შემთხვევების თითქმის 55% მაღალგანვითარებულ რეგიონებში ვლინდება. ავადობა, ქვეყნების მიხედვით, მკვეთრად განსხვავებულია, თითქმის 10-ჯერ. ამასთან, თითოეულ ქვეყანაში ავადობის მახასიათებელი ქალებსა და მამაკაცებში იდენტურია: ავადობის ყველაზე მაღალი ასაკ-სტანდარტიზებული შეფასებითი მაჩვენებელი 100000 მოსახლეზე ვლინდება ავსტრალია/ ახალ ზელანდიაში 44,8 მამაკაცებში და 32,2 ქალებში, ხოლო ყველაზე დაბალი- დასავლეთ აფრიკაში - 4,5 მამაკაცებში და 3,8 ქალებში (7, 8, 12, 14).

უკანსკნელ წლებში აღინიშნება კოლინჯისა და სწორი ნაწლავის კიბოთი დაავადების მნიშვნელოვანი ზრდა (1, 2, 16).

როცა სიმსივნე ლოკალიზებულია კოლინჯის რომელიმე ერთ მონაკვეთში, მაშინ სიმსივნე პირველადია; თუ ლოკალიზდა კოლინჯის სხვადასხვა მონაკვეთში, მაშინ სინქრონულ პირველად მრავლობითია; თუ თანმიმდევრობით (დროის სხვადასხვა მონაკვეთში) - მეტაქრონული სიმსივნეა. არსებობს მათი კომბინაციაც, სინქრონულ-მეტაქრონული და მეტაქრონულ-სინქრონული ან სინქრონულმეტაქრონულ-სინქრონული (9, 10, 11, 12, 17).

გასული საუკუნის ბოლოს გამოითქვა მოსაზრება მსხვილი ნაწლავის პირველადი მრავლობითი სიმსივნეების იმპლანტაციურ წარმოშობასთან დაკავშირებით. ითვლებოდა, რომ სიმსივნურ უჯრედებს შეეძლოთ ნაწლავის სანათურიდან გამოყოფა და სანათურის გავლით საკმაოდ დაცილებულ ადგილას გადასვლა, პირველადი სიმსივნური კერიდან ძირითადად ქვევით ან ზოგჯერ ზევით. კარცენოგენეზის ასეთი ინპლანტაციური მექანიზმისათვის საჭიროა ისეთი ფაქტორების არსებობა, როგორცაა ანტიპერისტალტიკა, ლორწოვანი გარსის მთლიანობის დარღვევა და სიმსივნური უჯრედების დაზიანებული ლორწოვანი გარსის ზედაპირთან კონტაქტი. ნაკლებად სავარაუდოა, რომ ასეთ რთულ მექანიზმს შეეძლო შეესრულებინა როლი მსხვილი ნაწლავის არცთუ იშვიათი პირველადი მრავლობითი სიმსივნეების წარმოქმნაში. გარდა ამისა, ექსპერიმენტულმა დაკვირვებებმა აჩვენა, რომ სიმსივნის იმპლანტაცია არ იწვევს ნაწლავის ჯანმრთელი ქსოვილის სიმსივნურ გადაგვარებას და ეს ქსოვილი იმპლანტირებული სიმსივნური უჯრედებისათვის მხოლოდ საკვებ ნიადაგად რჩება. ყველაფერი ეს არ უკავშირდება ადამიანის მსხვილი ნაწლავის პირველად მრავლობით სიმსივნეებზე დაკვირვებისას არსებულ ჰისტოლოგიურ სურათს. დეტალური ჰისტოლოგიური დაკვირვებისას გამოირიცხა, ასევე, ლიმფური სისტემით სიმსივნური უჯრედების გადატანის შესაძლებლობა ერთი ახალი წარმონაქმნიდან სხვა პირველად მრავლობით სიმსივნესთან (10, 11, 12, 13, 15, 18).

წარმოგიდგენთ ჩვენი კლინიკის შემთხვევას: ავადმყოფი ო.მ., 57 წლის, ქალი, ისტორიის №4314. შემოვიდა კლინიკაში, როგორც სასწრაფო შემთხვევა 24.11.2017, ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის დიაგნოზით. უჩიოდა მოვლითი ხასიათის ტკივილს მუცლის არეში, მუცლის შებერვას. აირებზე და განავალზე გასვლა უჭირდა. გულისრევა და ღებინება არ ჰქონდა. თავს ავად გრძნობდა ორი კვირის განმავლობაში. ბოლო დღეებში ტკივილებმა მიიღო ინტენსიური ხასიათი. წონაში არ დაუკლია. ენა მშრალი, უნადებო. მუცელი ზომიერად შებერილი, მცირედ ასიმეტრიული, სუნთქვაში მცირედ ზოგავს. პალპაციით რბილი, ზომიერად დაჭიმულია მარჯვენა ნახევარი. ჰიპოგასტრიუმში, უფრო მარჯვნივ, ისინჯება უმოდრაო, უმტკივნეულო სიმსივნური წარმონაქმნი. ისმის სუსტი ჭანჭყარის ხმიანობა. ბლუმბერგის სიმპტომი უარყოფითია. შარდვა თავისუფალი. კლინიკო-ლაბორატორიული, რენტგენოლოგიური და ექოლოგიური კვლევებით დადგინდა ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის დიაგნოზი.

სათანადო მომზადების შემდეგ, 24.11.2017 გაუკეთდა სასწრაფო ოპერაცია-ლაპაროტომია. აღმოჩნდა სიგმური ნაწლავის დიდი ზომის ინოპერაბელური სიმსივნე ჩაზრდილი მცირე მენჯში, სწორ ნაწლავში, შარდის ბუშტში და მუცლის წინა კედელში, ზომებით 25,0X20,0 სმ, რომელიც იწვევდა გაუვალობას. მის ზემოთ ნაწლავები - გადაბერილი. იდენტური სიმსივნე, მაგრამ შედარებით მცირე ზომის 15,0X12,0 სმ. აღინიშნებოდა მსხვილი ნაწლავის ელენტის კუთხეში, რომელიც ამ ეტაპზე გაუვალობას ჯერ არ იწვევდა. ორივე სიმსივნის ზრდა ეგზოფიტური იყო, რაც, მაინც და მაინც, არ არის დამახასიათებელი მსხვილი ნაწლავის მარჯვენა

ნახევრის სიმსივნეებისთვის. აღინიშნებოდა ერთეული მეტასტაზები წვრილი ნაწლავის ჯორჯალში. ღვიძლში მეტასტაზები არ იყო. ამგვარად, საქმე გვექონდა მსხვილ ნაწლავის სინქრონულ პირველად მრავლობით კიბოსთან, ლოკალოზაციით სიგმურ ნაწლავში და მსხვილი ნაწლავის ელენთის კუთხეში.

გაკეთდა სიგმური ნაწლავის არეში არსებული სიმსივნური წარმონაქმნის რეზექცია, რომელიც ჩაზრდილი იყო მუცლის წინა კედელში. აგრეთვე, აღებულ იქნა ბიოფსია ელენთის ნაკეცში არსებული სიმსივნური წარმონაქმნიდან და რეზექცირებული დიდი ბადექონიდან. ნაწლავთა ინტრაოპერაციული დეკომპრესიის შემდეგ გაკეთდა პალიატიური ოპერაცია - დაედო ორლულა ტრანსვერზოსტომა მარცხენა ფერდქვეშა არეში. გაკეთდა მუცლის ღრუს სანაცია, დრენირება. პოსტოპერაციული პერიოდი მიმდინარეობდა გართულების გარეშე. ჭრილობა შეხორცდა პირველადი დაჭიმვით. ავადმყოფი გაეწერა გაუმჯობესებულ მდგომარეობაში.

ჰისტომორფოლოგიური გამოკვლევა (№928, 11.12.2017): როგორც სიგმური ნაწლავიდან, ასევე ელენთის კუთხიდან და დიდი ბადექის ბიოფსიური მასალის ჰისტომორფოლოგიური კვლევით დადგინდა დაბალდიფერენცირებული ადენოკარცინომა. იმუნოჰისტოქიმიური კვლევით (№24100-17, 26.12.2017): აღწერილი სურათი და ფენოტიპი შეესაბამებოდა გასტრო-ინტესტინური ტრაქტის, უპირატესად კოლო-რექტალურ ადენოკარცინომას.

დასკვნა: ამრიგად, შემთხვევა საინტერესოა გადაუდებელ აბდომინურ ქირურგიაში, რადგან საქმე გვექონდა მსხვილი ნაწლავის პირველად მრავლობით კიბოსთან (სიგმური ნაწლავი და ელენთის ნაკეცის კუთხე) (სურ. 1), რომელიც უსიმპტომოდ მიმდინარეობდა, მიაღწია გიგანტურ ზომებს, ჰქონდა ერთნაირი ჰისტომორფოლოგიური შენება (დაბალდიფერენცირებული ადენოკარცინომა) და ვითარდებოდა ერთმანეთისგან დამოუკიდებლად. ხოლო ერთ-ერთმა მათგანმა (სიგმური ნაწლავი), ნაწლავთა მწვავე გაუვალობა გამოიწვია. ორივე სიმსივნის ზრდა ეგზოფიტური იყო, რაც არ არის დამახასიათებელი მსხვილი ნაწლავის მარცხენა



ნახევრის სიმსივნეებისთვის.

სურათი №1

ლიტერატურა:

1. Старинский, В. В. Анализ заболеваемости злокачественными новообразованиями и смертности от них населения России / В. В. Старинский, Г. В. Петрова, Н. В. Харченко [и др.] // Высокие технологии в онкологии: мат-лы V Всероссийского Съезда онкологов. — Казань, 2000. — С.86-88.
2. Samad AK, Taylor RS, Marshall T, Chapman MA. A metaanalysis of the association of physical activity with reduced risk of colorectal cancer. *Colorectal Dis.* 2005;7: 204-213.
3. Чиссов, В. И. Состояние онкологической помощи населению России в 2009 году / В. И. Чиссов [и др.]. — М., 2010. — 6с.
4. Chao A, Connell CJ, Jacobs EJ, et al. Amount, type, and timing of recreational physical activity in relation to colon and rectal cancer in older adults: the Cancer Prevention Study II Nutrition Cohort. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2004;13: 2187-2195.
5. Международная классификация онкологических болезней / под ред. К. Перси, В. В. Холтен, К. Мур. — ВОЗ, Женева, 1995. — 111 с
6. Campbell PT, Deak A, Jacobs EJ, et al. Prospective 13 Study Reveals Associations Between Colorectal Cancer and Type 2 Diabetes Mellitus or Insulin Use in Men. *Gastroenterology.* 2010;139: 1138-46.
7. Филлипс Р. Колоректальная хирургия. - М. : Гэотар-Медиа, 2009. - С. 86. Филлипс Р. Колоректальная хирургия. - М. : Гэотар-Медиа, 2009. - С. 86. Филлипс Р. Колоректальная хирургия. - М. : Гэотар-Медиа, 2009. - С. 86.
8. AV, Newton CC, Jacobs EJ, Gapstur SM. Associations of recreational physical activity and leisure time spent sitting with colorectal cancer survival. *J Clin Oncol.* 2013;31: 876-885.
9. Кит О.И., Геворкян Ю.А., Никипелова Е.А., Франциянц Е.М., Аверкин М.А., Малейко М.Л., Толмах Р.Е. НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННОГО РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ // Современные проблемы науки и образования. - 2013. - № 2.; Кит О.И., Геворкян Ю.А., Никипелова Е.А., Франциянц Е.М., Аверкин М.А., Малейко М.Л., Толмах Р.Е. НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННОГО РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ // Современные проблемы науки и образования. - 2013. - № 2.;
10. Абдурасулов Д.М., Никишин К.Е. Первичномножественные опухоли. - Ташкент : Медицина, 1968. - С. 11-12.
11. Вашакмадзе Л.А. Рак толстой кишки при первично-множественных злокачественных опухолях // Российский онкологический журнал. 2002. - № 6. - С. 44-49.1. Казубская Т.П. и соавт. Клинико-генетический анализ первично-множественных злокачественных новообразований // Российский онкологический журнал. - 2007. - № 2. - С. 4-9.
12. Секержинская Е.Л. Факторы риска развития первично-множественных злокачественных новообразований // Российский биотерапевтический журнал. - 2009. - № 2, т. 8. - С. 85-91.
13. Чиссов В.И., Трахтенберг А.Х. Первичномножественные злокачественные опухоли. - М. : Медицина, 2000.

14. Bellone G., Carbone A., Tibaudi D. et al. Differential expression of transforming growth factors — P 1,-02 and - 03 in human colon carcinoma. //Eur. J. Cancer. 2001. - 37(2). - P.224-33.

15. Sedivy R., Wolf Â., Kalipciyan M., et al. Genetic analysis of multiple synchronous lesions of the colon adenoma- carcinoma sequence. //Br. J. Cancer. 2000. 82(7). P. 1276-82.

16. Jess T, Simonsen J, Jorgensen KT, Pedersen BV, Nielsen NM, Frisch M. Decreasing risk of colorectal cancer in patients with inflammatory bowel disease over 30 years. Gastroenterology. 2012;143: 375-381 e371; quiz e313-374

17. Бондарь Г.В. Первично-множественный синхронный рак пищеварительного тракта (литературный обзор, результаты лечения) // Новообразования. - 2010. - № 5. - С. 88-100.

18. Singh S, Singh H, Singh PP, Murad MH, Limburg PJ. Anti-Diabetic Medications and the Risk of Colorectal Cancer in Patients with Diabetes Mellitus: A Systematic Review and Meta-Analysis. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2013;22: 2258-2268.

Azmaiparashvili G.¹, Tomadze G.¹, Megreladze A.¹, Goletiani M.²

PRIMARY MULTIPLE SYNCHRONIZED LARGE BOWEL CANCER

TSMU, SURGERY DEPARTMENT N2,¹; CENTER OF EMERGENCY SURGERY AND TRAUMATOLOGY, LTD²

Rare case of primary multiple synchronized large bowel cancer is presented in the article. The cancer was localized in the sigmoid part and splenic flexure of large bowel. Both cancers had exophyte growth and similar histomorphology (low differentiated adenocarcinoma). Grading according to TNM classification was T4N3M1. Sigmoid cancer resulted intestinal ileus. The case was non resectable, therefore double lumen colostomy from transversal part of large bowel had been performed.