

# РАК ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНИВШИЙСЯ ФОРМИРОВАНИЕМ ТОЛСТОКИШЕЧНОГО ЖЕЛУДОЧНОГО СВИЩА (клиническое наблюдение)

Скридловский С.Н., Веселов В.В., Архипова О.В.,  
Алешин Д.В., Майновская О.А., Полякова Н.А.

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России, г. Москва  
(директор – член-корр. РАН, профессор Ю.А.Шелыгин)

**ВВЕДЕНИЕ.** Желудочно-толстокишечный свищ – общепринятое определение патологического сообщения между желудком и толстой кишкой. Данная патология относится к редким осложнениям, может носить как первичный (спонтанный), так и вторичный (ятрогенный) характер и его можно заподозрить при наличии комплекса типичных жалоб пациента. Чаще всего выявить его позволяет ирригоскопия, но большое значение имеют и такие методы, как компьютерная томография и эндоскопические методы диагностики (гастроскопия, колоноскопия) с проведением биопсии.

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.** Представлен клинический случай диагностики первичного желудочно-толстокишечного свища у мужчины 64 лет с аденокарциномой левого изгиба ободочной кишки. Жалобы пациента и клиническое обследование не выявили характерных признаков данного осложнения. При проведении колоноскопии выявлено патологическое сообщение между толстой кишкой и желудком, которое подтверждено при гастроскопии и компьютерной томографии. По результатам биопсии верифицирована аденокарцинома толстой кишки. Пациенту выполнено радикальное хирургическое вмешательство, морфологически подтверждена аденокарцинома толстой кишки с формированием свища в желудок.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Морфологическое подтверждение расположения первичной опухоли в толстой кишке с ее прорастанием в соседний орган – желудок и формированием патологического сообщения – свища позволяет диагностировать первичный толстокишечно-желудочный свищ. Такое определение делает понятным как механизм формирования свища, так и указывает на локализацию первичной опухоли.

**[Ключевые слова: желудочно-толстокишечный свищ, аденокарцинома толстой кишки]**

## PRIMARY COLONO-GASTRIC FISTULA (clinical case)

Skrzydlevskiy S.N., Veselov V.V., Arkhipova O.V., Aleshin D.V., Maynovskaya O.A., Polyakova N.A.  
State Scientific Centre of Coloproctology, Moscow, Russia

**INTRODUCTION.** The gastro-colonic fistula: a common definition of a pathological communication between the stomach and colon. This pathology is a rare complication. Fistula can be primary (spontaneous) or secondary (iatrogenic) and can be suspected by the presence of typical symptoms. Most often it allows by the barium enema. Computer tomography and endoscopy (colonoscopy, gastroscopy) in combination with biopsy also have a certain diagnostic value. Clinical case: We present a case report of gastro-colonic fistula in a 64-year-old men patient with colon adenocarcinoma. Symptoms and clinical examination did not reveal typical signs of this complication. Colonoscopy revealed abnormal communication between the colon and stomach. It was confirmed by gastroscopy and computed tomography. Biopsy verified colon adenocarcinoma. The patient underwent radical surgery. Morphological study confirmed colon adenocarcinoma with fistula formation into the stomach.

**CONCLUSION.** Morphological confirmation of the neoplasm grows from the originating organ (colon) to the other (stomach) with the formation of the pathological fistulous tract allows the diagnosis of primary colono-gastric fistula. This definition makes clear the mechanism of the fistula's formation and indicates the localization of the primary tumor.

**[Key words: gastro-colonic fistula, adenocarcinoma of the colon]**

**Адрес для переписки: Скридловский Сергей Николаевич, ФГБУ ГНЦ колопроктологии МЗ РФ,**

**ул. Саляма Адила, д. 2, Москва, 123423, тел.: +7 (499) 199-54-71, e-mail: procardi@mail.ru, olga2110.arkhipova@yandex.ru**

## ВВЕДЕНИЕ

Желудочно-толстокишечный свищ является редким осложнением доброкачественных и злокачественных заболеваний желудочно-кишечного тракта, встречается у 0,3-0,4% оперированных больных и представляет собой патологическое сообщение между желудком и сегментом толстой кишки [1,3,6]. Чаще всего свищевой ход локализуется между большой кривизной желудка и дис-

тальным отделом поперечно-ободочной кишки. В настоящее время, на первый план в его развитии выходят онкологические заболевания желудочно-кишечного тракта. В западных странах первопричиной этого редкого осложнения чаще является аденокарцинома толстой кишки, а в восточных – рак желудка [1,4,6]. Желудочно-толстокишечный свищ может быть первичным (спонтанным) и вторичным (ятрогенным). Заподозрить желудочно-толстокишечный свищ возможно при наличии

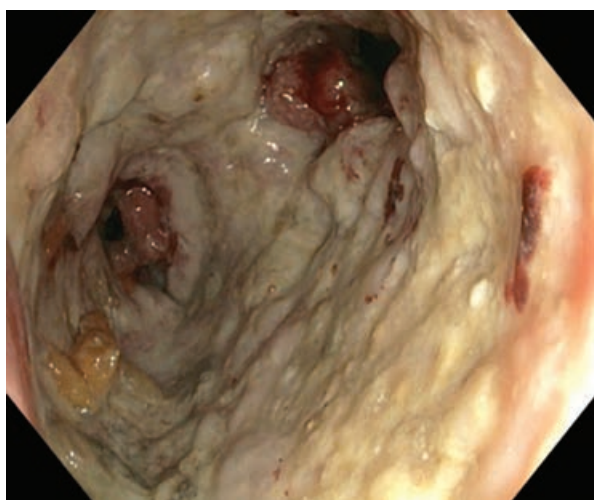
комплекса типичных жалоб пациента: схваткообразные боли в животе, снижение веса, диарея, тошнота, отрыжка, рвота каловыми массами [4,6]. Лучшим методом диагностики этого осложнения, по мнению большинства исследователей, является ирригоскопия с эффективностью в 90-100% [2,4,6,7]. Другими методами диагностики в этих случаях считаются: компьютерная томография, гастроскопия и колоноскопия [1-3,5].

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

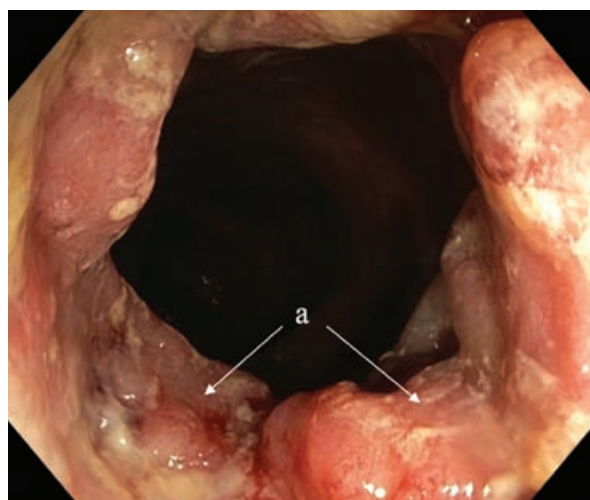
Пациент Е., 63 лет, поступил на диагностическое обследование в ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России в 2016 году с жалобами на сни-

жение массы тела на 10 кг за 1,5 месяца, отсутствие аппетита и общую слабость. Данные жалобы беспокоили пациента на протяжении 6 месяцев, за медицинской помощью в другие медицинские учреждения не обращался. Результаты клинического обследования: общее состояние удовлетворительное, температура тела – 36,6°C, АД – 110/70 мм рт. ст, пульс – 78/мин, живот мягкий, безболезненный во всех отделах, перитонеальных симптомов нет, естественные отправления в норме. При лабораторных исследованиях: анемия легкой степени (гемоглобин – 108 г/л), лейкоцитоз (лейкоциты –  $11,6 \times 10^9/\text{л}$ ), гипопротенемия (общий белок – 64,0 г/л), повышение СОЭ (35 мм/ч).

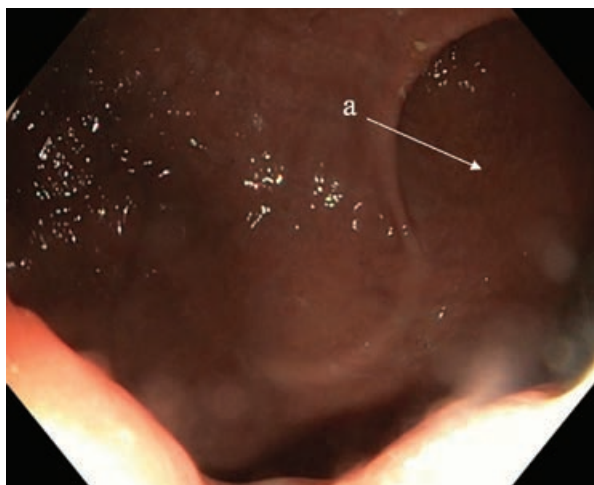
При поступлении в стационар, в плановом порядке, с подготовкой по традиционной схеме больно-



**Рисунок 1.** Колоноскопия. Эндоскопическая картина проксимальной части опухоли и внутреннего свищевого хода (а – внутренний свищевой ход, б – остаточный просвет толстой кишки)



**Рисунок 2.** Колоноскопия. Эндоскопическая картина проксимальной части опухоли (а – проксимальный край опухоли)



**Рисунок 3.** Колоноскопия. Эндоскопическая картина желудка при осмотре через свищевой канал (а – антральный отдел желудка)



**Рисунок 4.** Гастроскопия. Эндоскопическая картина свищевого хода на уровне средней трети тела желудка по большой кривизне (а – свищевой ход)

му была выполнена диагностическая колоноскопия. При проведении исследования выявлена опухоль, расположенная в области левого изгиба ободочной кишки и циркулярно охватывающая все стенки кишки. Аппарат был проведен по остаточному просвету в опухоли на протяжении 9 см до проксимальной части опухоли, где определялись два отверстия до 1,2 см в диаметре (Рис. 1). Через одно из отверстий колоноскоп проведен в купол слепой кишки (Рис. 2), а через другое – в желудок (Рис. 3), в области большой кривизны, откуда четко визуализировались все его отделы.

Выполнена гастроскопия, по данным которой – в средней трети тела желудка по большой кривизне обнаружено внутреннее отверстие свищевого хода до 1,5 см в диаметре (Рис. 4), через него аппарат проведен на 2 см в свищевой канал. Стенки свищевых каналов представлены некротическими тканями, покрытыми фибрином (Рис. 5).

В биоптатах из толстой кишки и желудка, взятых во время эндоскопических исследований, выявлены комплексы аденокарциномы кишечного типа железисто-папиллярного строения с очагами некроза (Рис. 6).

При спиральной компьютерной томографии в области левого изгиба ободочной кишки на протяжении 6 см выявлялось неравномерное утолщение кишечной стенки за счет циркулярной опухоли, прорастающей все слои кишечной стенки. Опухоль инфильтрировала окружающую клетчатку и на протяжении 4 см прорастала в стенку желудка на границе проксимальной и средней трети тела желудка, по большой кривизне (Рис. 7).

Лимфатические узлы в паракишечной клетчатке не визуализировались. Отдаленных метастазов в печени и легких выявлено не было.

Пациенту было выполнено радикальное хирургическое вмешательство в объеме комбинированной субтотальной колэктомии с формированием асцендо-сигмоидного анастомоза, клиновидной резекции желудка, аппендэктомии.

При интраоперационной ревизии подтверждено наличие опухоли в дистальной трети поперечно-ободочной кишки, размерами 8×10 см, плотной консистенции, умеренно подвижной, врастающей в окружающую клетчатку, прорастающую большую кривизну тела желудка на протяжении 5 см. Опухоль прилежала к поджелудочной железе и селезеночной артерии.

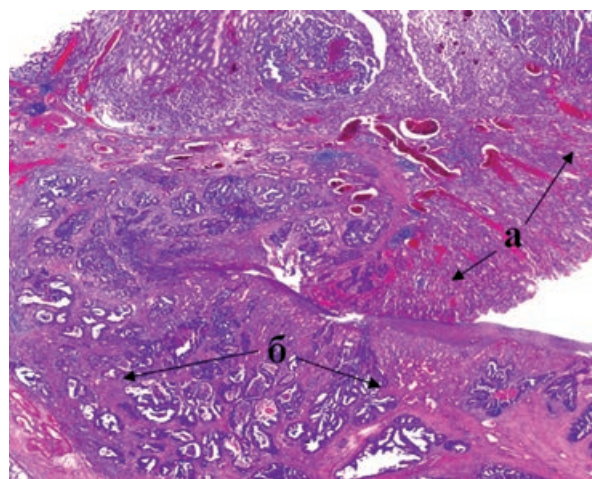
При морфологическом исследовании макропрепарата была установлена умереннодифференцированная аденокарцинома (G2, pT4bN0(0/23)MxR0) с глубоким изъязвлением, прорастанием всей толщи стенки кишки с врастанием в брыжейку, большой сальник, стенку желудка с прорастанием всех его слоев. Края резекции кишки и фрагмента стенки желудка интактны (Рис. 8). В 21 лимфоузле брыжейки кишки и двух лимфоузлах большого сальника метастазов опухоли не обнаружено.

Послеоперационный период пациента протекал без особенностей, больной провел сутки в реанимации, затем был переведен в отделение и выписан в удовлетворительном состоянии на 11-е сутки с момента операции.

При контрольном обследовании через три месяца после операции состояние пациента удовлетворительное, жалоб не предъявлял. При колоноскопии



**Рисунок 5.** Гастроскопия. Эндоскопическая картина стенок свищевого хода, представленных некротическими тканями, покрытыми фибрином (а – свищевой ход)



**Рисунок 6.** Гистологическое исследование (гематоксилин-эозин, ×50). Зона врастания опухоли левого изгиба ободочной кишки в стенку желудка (а – слизистая оболочка желудка – стенка свища, б – опухоль толстой кишки)



и гастроскопии эндоскопических признаков рецидива заболевания не выявлено.

## ОБСУЖДЕНИЕ

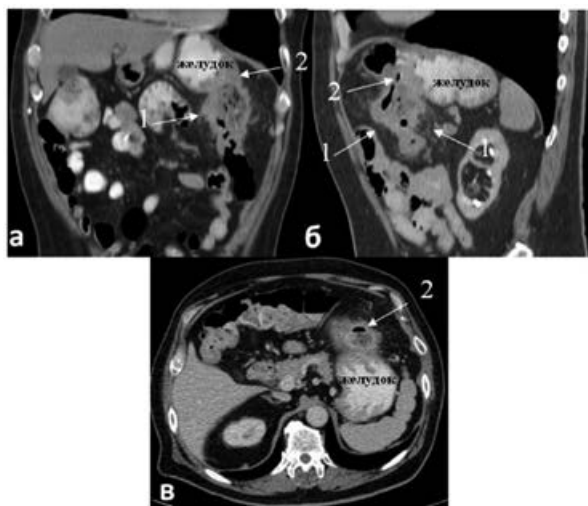
Представленный клинический пример демонстрирует ситуацию, когда формирование свища не обусловлено предшествующими хирургическими вмешательствами, а является результатом естественного течения заболевания – спонтанный (или первичный) свищ.

Необходимо отметить, что у пациента отсутствовал комплекс типичных для данного осложнения жалоб, а первичным методом диагностики этого редкого осложнения аденокарциномы толстой кишки явилась колоноскопия. Биопсия, выполненная при колоноскопии, позволила до операции верифицировать аденокарциному толстой кишки. Гастроскопия с биопсией, компьютерная томография позволили не только подтвердить диагноз, но и оценить степень вовлечения в процесс соседнего органа – желудка. Описаны два возможных механизма формирования свищей – прорастание первичной опухоли в соседний орган или изъязвление первичной опухоли, приводящее, в итоге, к перфорации стенки соседнего органа [1]. Независимо от механизма формирования свища его источником является первичная опухоль. Данные морфологического исследования биоптатов и макропрепарата сви-

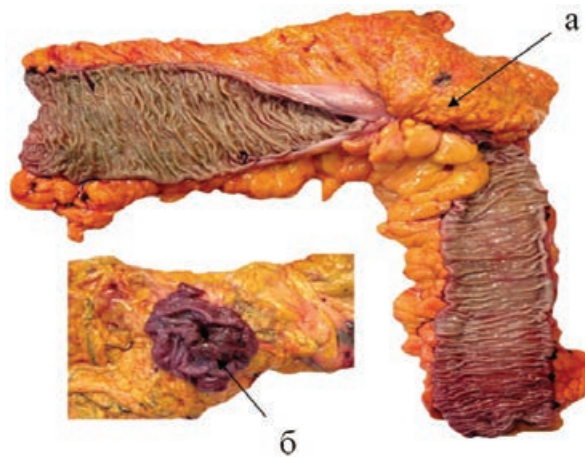
детельствуют о том, что в нашем наблюдении первичная опухоль локализовалась в толстой кишке. Морфологическое подтверждение расположения первичной опухоли в толстой кишке с ее прорастанием в желудок и формированием патологического сообщения позволяет диагностировать, в нашем клиническом случае, первичный толстокишечно-желудочный свищ. Такое определение делает понятным как механизм формирования свища, так и указывает на локализацию первичной опухоли.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленный клинический случай аденокарциномы левого изгиба ободочной кишки, осложнившейся формированием первичного толстокишечно-желудочного свища интересен с точки зрения диагностики заболевания, так как пациент не предъявлял специфических для данного осложнения жалоб, толстокишечно-желудочный свищ был выявлен при проведении первичного эндоскопического исследования – колоноскопии, морфологическое исследование биоптатов позволило до операции определить первичную локализацию опухоли.



**Рисунок 7.** Компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием. (а – фронтальная проекция, б – сагиттальная проекция, в – аксиальная проекция). Визуализируется опухоль левого изгиба ободочной кишки с инфильтрацией окружающей клетчатки (1), прорастанием в стенку желудка и формированием желудочно-кишечного свища (2)



**Рисунок 8.** Макропрепарат. Резецированный фрагмент толстой кишки с участком стенки желудка со свищевым отверстием в центре (а – зона опухоли с подпаянными жировыми подвесками и сальником, б – внутреннее свищевое отверстие в стенке желудка)

## ЛИТЕРАТУРА

1. Forshaw, M. Long-term survival from gastrocolic fistula secondary to adenocarcinoma of the transverse colon. / M.Forshaw, J.Dastur, K.Murali et al. //World J. Surg. Oncol. – 2005; 3 (1): 9.
2. Kumar, G. Gastrocolic fistulae in benign peptic ulcer disease / G.Kumar, M.Razzaque, V.Naidu et al. // Ann. Surg. – 1976; 184 (2): 236-40.
3. Lee, L.S. Gastrocolic fistula: a rare complication of gastric carcinoma. / L.S.Lee, C.S.Foo, C.M.Chen et al. // Singapore Med. J. – 2009; 50 (8): e274-6.
4. Matsuo, S. Gastrocolic fistula originating from transverse colon cancer: report of a case and review of the Japanese literature / S.Matsuo, T.Eto, O.Ohara et al. //Jpn. J. Surg. – 1994; 24: 1085-9.
5. Rodrigues, N.E.G.M. Adenocarcinoma of the transverse colon and gastrocolic fistula in a patient with situs inversus totalis: A case report. / N.E.G.M.Rodrigues //Int. J. Case Rep. – 2016 Aug; 7 (8): 503-7.
6. Stamatakis, M. Gastrocolic fistulae; From Haller till nowadays. / M.Stamatakis, I.Karaiskos, I.Pateras et al. // Int. J. of Surg. – 2012; 10: 129-33.
7. Zhou, B.H. A case of gastrocolic fistula secondary to adenocarcinoma of the colon. / B.H.Zhou, W.H.Li // Int J Case Rep. – 2015 Aug; 15: 46-9.