

<https://doi.org/10.29296/25877305-2020-05-10>

О своевременной диагностике колоректального рака

В.С. Рубцов¹, кандидат медицинских наук,
Ю.В. Чалык², доктор медицинских наук, профессор
¹ООО «Медицинский Di Центр», Энгельс
²Саратовский государственный медицинский университет
им. В.И. Разумовского
E-mail: rubzov999@yandex.ru

В приведенном клиническом наблюдении диагноз рака правых отделов ободочной кишки пациенту можно было поставить своевременно, но в силу ряда неясных причин окончательный диагноз был установлен значительно позднее.

Ключевые слова: онкология, колоректальный рак, своевременная диагностика, колоноскопия, ирригоскопия, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография.

Для цитирования: Рубцов В.С., Чалык Ю.В. О своевременной диагностике колоректального рака. Врач. 2020; 31 (5): 49–52. <https://doi.org/10.29296/25877305-2020-05-10>

В повседневной практике врачи первичного звена здравоохранения (терапевты, хирурги, гастроэнтерологи, гинекологи и др.) периодически встречают пациентов, которые обратились за медицинской помощью по поводу проявленных симптомов кишечного дискомфорта (кровянистые выделения из прямой кишки, нарушения опорожнения кишечника, боли внизу живота и др.) в сочетании с «симптомами тревоги» (похудение, анемия, увеличенная СОЭ и др.). В подобных случаях задача врача — не пропустить рак толстой кишки, маскирующийся под другие заболевания [1, 2].

Согласно сложившемуся мнению, срок обследования такого пациента с момента его обращения к врачу до подтверждения или исключения диагноза колоректального рака (КРР) не должен превышать 2 нед [3]. Несмотря на внушительный арсенал методов исследования, обладающих высокими разрешающими способностями, далеко не всегда результатом комплексного обследования является своевременная диагностика рака толстой кишки.

В обстоятельной монографии А.М. Ганичкина «Рак толстой кишки» [1] прекрасно описаны клинические формы КРР, включая токсикоанемическую форму, которая характерна для раковых опухолей, локализуемых в правых отделах ободочной кишки. При этом на первом плане продолжительное время определяются постепенно нарастающая анемия и прогрессирующее похудение, а симптомы кишечного дискомфорта в виде

нарушения кишечной проходимости, патологических примесей в кале, болей в проекции правых отделов ободочной кишки присоединяются к клинической картине позднее. Нередко у пациентов, направленных на колоноскопию с диагнозом «анемия неясного генеза», обнаруживают развитую опухоль слепой или восходящей кишок. В описанном клиническом наблюдении первичные колоноскопия и компьютерная томография (КТ) органов брюшной полости, выполненные пожилому пациенту с анемией и похудением, по непонятным причинам не обеспечили своевременную диагностику КРР. Потребовалось еще несколько диагностических исследований в различных клинических учреждениях, чтобы поставить правильный диагноз и провести адекватное оперативное лечение.

Пациент К., 1956 года рождения, житель Азербайджана, постоянно проживает в Баку. Считает, что заболевание началось примерно 3 года назад. В течение последних лет постепенно похудел на 20 кг. В общем анализе крови в течение последнего года наблюдались последовательное неуклонное снижение уровня Hb и увеличение СОЭ. В последнее время присоединился запор; опорожнение толстой кишки стало происходить с периодичностью 1 раз в 3–4 дня после постоянного приема слабительных средств или постановки очистительных клизм. Болевой синдром отсутствовал.

По поводу описанной симптоматики начал обследоваться в клиниках Баку примерно 1 год назад (документы не представлены), где были выполнены УЗИ и КТ органов брюшной полости, а также колоноскопия. Данные КТ позволили заподозрить инфильтративный процесс в проекции слепой кишки. При колоноскопии, проведенной в условиях недостаточной подготовки кишечника к исследованию, удалось визуализировать множественные полипы ободочной кишки и стенозирующее новообразование восходящей ободочной кишки (выполнена щипцовая биопсия опухоли). При этом тотальную колоноскопию осуществить не удалось из-за выраженного стенозирования и деформации просвета кишки в зоне опухолевого поражения. Несмотря на проявившуюся симптоматику и данные проведенного обследования, пациент не был расценен как онкологический.

С 02.08 по 07.08.2019 больной находился на лечении в хирургическом отделении Городской клинической больницы №6 Саратова. Диагноз при поступлении: острая кишечная непроходимость, начальные признаки. Диагноз при выписке: кишечная колика.

При ирригоскопии, выполненной 06.08.2019 в Городской клинической больнице №6, контрастной клизмой последовательно и равномерно были заполнены все отделы толстой кишки от ампулы

прямой кишки до печеночного изгиба ободочной кишки включительно. Далее контрастная взвесь не прошла (предположительно — по причине «плохой подготовки кишечника»).

После сомнительных данных ирригоскопии пациенту 08.08.2019 в амбулаторном порядке была выполнена колоноскопия в Городской клинической больнице №2 Саратова. Из записи в протоколе колоноскопии следовало, что колоноскоп был проведен до купола слепой кишки. Баугиниева заслонка не изменена. Просвет кишки соответствует отделу. Сосудистый рисунок четкий. На расстоянии 30 см от ануса обнаружено полиповидное образование диаметром 0,5 см на суженном основании, с гладкой поверхностью. Далее описаны еще 5 подобных образований. Была проведена щипцовая биопсия всех выявленных полипов. Заключение: полипоз толстой кишки, долихосигма.

Несмотря на кажущееся отсутствие серьезной патологии, состояние пациента не улучшалось, сохранялись проблемы со стулом, хотя и медленно, но прогрессировало похудение. С целью уточнения диагноза пациент был направлен колопроктологом на магнитно-резонансную томографию (МРТ) органов брюшной полости с целью выявления различных опухолевых поражений и инфильтратов.

МРТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства была выполнена пациенту в амбулаторном порядке 20.08.2019 в Городской клинической больнице №1 (Энгельс). МРТ-картина четко свидетельствовала о наличии в слепой кишке стенозирующего поражения с утолщением стенок до 1,7 см на протяжении 4–5 см без нарушения целостности их наружных контуров. На этом уровне определялась также группа из 4 увеличенных околоободочных лимфатических узлов размером 1,2×1,0 см. Заключение: высокая вероятность рака, дифференцировать с воспалительными изменениями. Рекомендовано дообследование.

С учетом данных МРТ и предыдущих эндоскопических исследований толстой кишки 22.08.2019 пациент был госпитализирован в хирургическое отделение ООО «Медицинский Ди Стационар плюс» (Энгельс), где после тщательной подготовки толстой кишки к исследованию (бесшлаковая диета в сочетании с приемом осмотического слабительного в течение 3 дней до исследования, двухэтапная лаважная подготовка кишечника раствором препарата «Фортранс» по схеме: 2 л вечером + 2 л утром) в день госпитализации больному была выполнена лечебно-диагностическая колоноскопия.

Колоноскоп Olympus CF-H170L с техническими сложностями (долихосигма) был проведен в дистальную треть поперечной ободочной киш-

ки. Дальнейшее проведение аппарата невозможно из-за наличия крупной экзофитной опухоли, суживающей просвет до щелевидного состояния (рис. 1). Поверхность опухоли бугристая, легко кровоточит при контакте с эндоскопом (множественная биопсия опухоли). В дистальнее расположенных отделах толстой кишки тонус и просвет нормальные, рельеф складок типичный. В осмотренных отделах визуализируются множественные полипы различной макроскопической формы, диаметром от 0,3 до 3,0 см (рис. 2). В режиме NBI у полипов определяются типы 1, 2А и 2В поверхностного капиллярного рисунка по классификации JNET. С помощью электрохирургического устройства «Фотек Е81М» и гексагональной диатермической петли проведена стандартная электроэксцизия 8 полипов толстой кишки в режиме коагуляции. Гемостаз полный, осложнений не было. Заключение: стенозирующий рак дистальной трети восходящей ободочной кишки. Полипоз толстой кишки. Эндоскопическая полипэктомия. Послеоперационный период протекал без осложнений.

26.08.2019 в условиях ООО «Медицинский Ди Стационар плюс» больному выполнена ирригоскопия. Мелкодисперсной бариевой взвесью ретроградно контрастированы отделы толстой кишки от прямой до печеночной кривизны. Далее контрастное вещество не поступает из-за резкого сужения просвета проксимального отдела восходящей кишки. «Раковый канал», слепая и восходящая кишка не контрастированы, что не позволяет установить протяженность поражения. Имеется удлинение сигмовидной кишки с дополнительными изгибами в полости малого таза. Видимые складки слизистой оболочки полиповидно деформированы. Заключение: косвенные признаки стенозирующей опухоли проксимального отдела восходящей кишки. Долихосигма.

В итоге в тот же день пациент был повторно госпитализирован в хирургическое отделение Городской больницы №6 Саратова, где 28.08.2019 ему были выполнены правосторонняя гемиколэктомия и лимфодиссекция. Во время операции выпота в брюшной полости нет. Петли тонкой кишки почти не дилатированы. Купол слепой кишки расположен высоко и «сливается» с опухолью. Последняя находится в области печеночного угла, с трудом обхватывается ладонью, но подвижна (рис. 3, 4). При экспресс-цитологическом исследовании 2 лимфатических узлов в зоне опухоли ракового перерождения не обнаружено. Диагноз: рак печеночного угла ободочной кишки T3NxMx. Выполнены правосторонняя гемиколэктомия, лимфодиссекция. В удовлетворительном состоянии выписан 06.09.2019.

Заключение из протокола прижизненного патологоанатомического исследования операционного материала от 10.09.2019: высокодифференцированная аденокарцинома слепой кишки с инвазией в мышечный слой T2. Края резекции интактные. В 3 лимфатических узлах в зоне D2 обнаружены метастазы рака.

Остается лишь догадываться о причине, по которой пациент не был расценен как онкологический на основании изначально проведенных по месту жительства колоноскопии и КТ органов брюшной полости. Описанный клинический случай также наглядно демонстрирует неполное извлечение информации из рентгенологической картины, полученной при ирригоскопии, выполненной в Городской клинической больнице №6, когда рентгенолог не только не заподозрил наличие стенозирующей раковой опухоли правых отделов, но и не описал крупные (диаметром до 3,0 см!) множественные полипы ободочной кишки. Ложную интубацию купола слепой кишки эндоскопистом Городской клинической больницы №2 можно объяснить наличием у пациента значительно удлиненной сигмовидной кишки, при ко-



Рис. 1. Стенозирующая раковая опухоль дистальной трети восходящей ободочной кишки

Fig. 1. Stenosing cancer of the distal third of the ascending colon



Рис. 2. Крупный (диаметром около 3,0 см) полип нисходящей ободочной кишки (режим NBI)

Fig. 2. Large descending colon polyp about 3.0 cm in diameter (NBI mode)



Рис. 3. Выраженное искажение раковой опухолью анатомии слепой и восходящей ободочной кишок (стрелка указывает на аппендикс)

Fig. 3. Noticeable cancer-induced distortion of the anatomy of the cecum and ascending colon (the arrow indicates the appendix)



Рис. 4. Стенозирующая раковая опухоль слепой и восходящей кишок на разрезе (стрелка указывает на рассеченный участок опухоли)

Fig. 4. Stenosing cancer of the cecum and ascending colon in section (the arrow indicates a dissected tumor portion)

торой существенно повышается трудоемкость исследования, что временами провоцирует врача принять желаемое за действительное. То, что купол слепой кишки на момент проведения колоноскопии интубировать не представлялось возможным, достоверно доказывают интраоперационные данные и результат патологоанатомического исследования операционного препарата правой половины толстой кишки.

На основании изложенной информации можно сделать вывод, что своевременная диагностика даже развитых раковых опухолей толстой кишки еще далека от совершенства. Для исправления ситуации к лучшему необходимо регулярно повышать настороженность врачей первичного звена в отношении колоректальных новообразований, а также обеспечить на постоянной основе проведение тематических курсов повышения квалификации по своевременной диагностике КРР для врачей различных специальностей.

* * *

Авторы сообщают об отсутствии каких-либо конфликтов интересов.

Литература/Reference

1. Ганичкин А.М. Рак толстой кишки: монография. Ленинград: Медицина, Ленингр. отд-ние, 1970; 416 с. [Ganichkin A.M. Rak tolstoi kishki: monografiya. Leningrad: Meditsina, Leningr. otd-nie, 1970; 416 s. (in Russ.)].
2. Справочник по колопроктологии. Под ред. Ю.А. Шельгина, Л.А. Благодарного. М.: Литтера, 2012; 608 с. [Spravochnik po koloproktologii. Pod red. Yu.A. Shelygina, L.A. Blagodarnogo. M.: Littera, 2012; 608 s. (in Russ.)].
3. Timely Diagnosis of Colorectal Cancer. L. Olsson Ed. Springer International Publishing, 2018; 119 p.

ON THE TIMELY DIAGNOSIS OF COLORECTAL CANCER

V. Rubtsov¹, Candidate of Medical Sciences; Professor **Yu. Chalyk**², MD
¹ООО «Medical Di Center», Engels, Saratov Region
²V.I. Razumovsky Saratov State Medical University

In the given clinical case, the patient could be timely diagnosed with cancer of the right colon, but due to a number of unclear reasons, the final diagnosis was established much later.

Key words: oncology, colorectal cancer, timely diagnosis, colonoscopy, irrigoscopy, CT, MRI.

For citation: Rubtsov V., Chalyk Yu. On the timely diagnosis of colorectal cancer. *Vrach.* 2020; 31 (5): 49–52. <https://doi.org/10.29296/25877305-2020-05-10>