

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ



УДК 616.348–006.6

НАБЛЮДЕНИЕ АДЕНОКАРЦИНОМЫ ВОСХОДЯЩЕЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

В. В. Черный, О. Н. Гулько, В. П. Сердюк, О. М. Симонов

Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А. А. Шалимова НАМН Украины, г. Киев

OBSERVATION OF ADENOCARCINOMA OF COLON ASCENDENS

V. V. Cherniy, O. N. Guhlko, V. P. Serdyuk, O. M. Simonov

В настоящее время отмечают увеличение заболеваемости и смертности от онкологических заболеваний, несмотря на достижения современной медицины, внедрение новых методов диагностики и лечения. Рак является второй ведущей причиной смерти после болезней сердечно—сосудистой системы. Если суммировать частоту рака всех органов пищеварительной системы, он уверенно займет первое место (более 50%), опередив рак легких, грудной и предстательной железы [1]. При этом наблюдают увеличение заболеваемости и смертности при раке практически всех органов пищеварения, за исключением рака желудка, в последние годы наметилась стойкая тенденция к уменьшению частоты выявления злокачественных новообразований этой локализации [2—5]. Прогноз заболевания в значительной степени зависит от своевременности установления диагноза опухоли, что обуславливает важное значение ранней диагностики. К сожалению, у 60 — 80% больных при впервые установленном диагнозе рака определяют III — IV стадию заболевания [2—6]. Возможными причинами поздней диагностики являются поздняя обращаемость пациентов за медицинской помощью, нечеткость клинических проявлений, а также недостаточная онкологическая настороженность врачей первичного звена здравоохранения.

К сожалению, при появлении клинических симптомов речь идет уже о запущенных стадиях заболевания, наиболее перспективным для ранней диагностики представляется выявление рака на доклинической стадии. Для каждой локализации рака факторы риска различны, однако существуют единые, общие практически для всех опухолей органов пищеварительной системы факторы. Это, прежде всего, возраст, мужской пол, генетическая предрасположенность.

Возраст является одним из основных факторов, с которым наиболее отчетливо связано возникновение заболевания. Рак органов пищеварения почти у 70% больных обнаруживают в возрасте старше 65 лет. Причем, зависимость уровня заболеваемости от возраста более выражена по сравнению с другими факторами. Одно из

перспективных направлений — выявление предраковых состояний. Результаты многочисленных клинических наблюдений и морфологических исследований патологически—измененной слизистой оболочки позволили приблизиться к пониманию процессов, которые, возможно, являются предраковыми. Современная медицина располагает широким арсеналом диагностических методов для выявления предраковых состояний. С появлением таких методов, как увеличительная эндоскопия, хромоэндоскопия, значительно увеличилась частота выявления дисплазии и метаплазии слизистой оболочки. К сожалению, единых рекомендаций относительно скрининга и лечения предраковых состояний нет, а доступность высокотехнологичных методов диагностики ограничена.

Эндоскопическая диагностика рака толстой кишки является "золотым стандартом", позволяя провести биопсию для морфологической верификации диагноза. Опухолевые маркеры недостаточно информативны для ранней диагностики рака из—за низкой специфичности, сегодня их используют лишь в качестве оценки ответа опухоли на терапию. В структуре онкологической заболеваемости колоректальный рак (КРР) составляет от 9 до 14% во всех экономически развитых странах Европы и Америки, около 85% пациентов — в возрасте старше 55 лет. КРР крайне редко наблюдают у пациентов в возрасте до 30 лет, заболеваемость значительно увеличивается с возрастом, достигая максимума у пациентов в возрасте старше 70 лет. Заболеваемость раком ободочной и прямой кишки в промышленно развитых странах по сравнению с развивающимися значительно выше. В последнее время во всех высокоразвитых странах отмечено быстрое увеличение заболеваемости раком ободочной кишки [3, 4, 7]. Его своевременная диагностика, как правило, возможна на доклинической стадии, что требует проведения специальных лабораторно—инструментальных скрининговых исследований. В настоящее время в США и развитых странах Западной Европы внедряют скрининговые программы, основанные на определении скрытой крови в кале, однако они недо-

статочны специфичны, а частота ложноотрицательных результатов составляет от 30 до 70% [5].

Представляем клиническое наблюдение диагностики и лечения пациента по поводу аденокарциномы восходящей ободочной кишки.

Больной Р., 74 лет, госпитализирован в клинику в плановом порядке с жалобами на частую задержку стула. В январе 2014 г. во время контрольного осмотра впервые обнаружена аденома восходящей ободочной кишки. Пациент находился под наблюдением в больнице по месту жительства.

Больному проведено общепринятое обследование: анализ крови с определением группы и резус-фактора, ЭКГ, обзорная рентгенография грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости.

Анализ крови: эр. $5,41 \times 10^{12}$ в 1 л, Нб 147 г/л, л. $6,6 \times 10^9$ в 1 л, тр. 253×10^9 в 1 л, общий белок 66,6 г/л, общий билирубин 43,4 мкмоль/л, прямой 8,9 мкмоль/л, АЛТ 20 мЕд/л, АСАТ 19 мЕд/л, креатинин 98,6 мкмоль/л, мочевины 3,7 ммоль/л, глюкоза 3,9 ммоль/л.

Колоноскопия: стенозирующая аденома восходящей ободочной кишки. По данным гистологического исследования: тубулярная аденома. УЗИ; в полости желчного пузыря множественные конкременты различного диаметра.

Диагноз: с наибольшей вероятностью аденома восходящей ободочной кишки.

Решено выполнить лапароскопическую правостороннюю гемиколэктомию с экстракорпоральным наложением илеотрансверзоанастомоза бок в бок, лапароскопическую холецистэктомию.

Под эндотрахеальным наркозом над пупком с помощью иглы Вереща наложен пневмоперитонеум. Над пупком введен троакар диаметром 10 мм, через который введен лапароскоп. При ревизии органов брюшной полости и малого таза отдаленные метастазы не обнаружены. Желчный пузырь в спайках, в полости конкременты. Пузырный проток диаметром 3 мм, общий желчный проток 6 мм. Произведена лапароскопическая холецистэктомию от шейки с раздельным клиппированием пузырной артерии и пузырного протока. Осуществлен гемостаз. Отступя 15 см от илеоцекального клапана,

взятая на держалку подвздошная кишка. Восходящая, правый изгиб и часть поперечной ободочной кишки мобилизованы. Подвздошная и правая ободочная артерии выделены и прошиты с помощью линейного сшивающего аппарата Endo Gia с белым картриджем. Осуществлен гемостаз по ходу мобилизации. Отступя 2 см от демаркационной линии, пересечена подвздошная и поперечная ободочная кишка с помощью линейного сшивающего аппарата Endo Gia с синим картриджем № 55. Произведен трансректальный разрез справа, длиной около 6 см, через который удален органокомплекс и наложен илеотрансверзоанастомоз бок в бок. Контроль гемостаза. Установлены дренажи к анастомозу и в правой боковой области. Наложены послойно швы на рану, асептическая повязка.

Операционный материал направлен на гистологическое исследование.

Заключение гистологического исследования: участки высокодифференцированной аденокарциномы на фоне тубулярно-папиллярной аденомы. Распространение опухоли в пределах слизистой оболочки. В одном поле зрения отмечена инвазия в подслизистую основу.

Клинический диагноз: рак толстой кишки T1N0M0, стадия II в, клиническая группа II; желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит; ишемическая болезнь сердца, атеросклеротический кардиосклероз, фибрилляция предсердий, постоянная форма, тахисистолический вариант, сердечная недостаточность I стадии, II — III функционального класса.

Течение послеоперационного периода без осложнений.

Таким образом, несмотря на возросшие возможности ранней диагностики рака ободочной кишки, у значительного числа больных его выявляют в инкурабельной стадии. Это обусловлено трудностями организации профилактических осмотров, недостаточной онкологической настороженностью врачей общей лечебной сети, недостаточным обеспечением современной диагностической аппаратурой. В приведенном наблюдении окончательный диагноз установлен после операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ивашкин В. Т. Современная гастроэнтерология и предопухолевые заболевания пищеварительной системы / В. Т. Ивашкин // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2002. — Т. 12, № 3. — С. 44 — 52.
2. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2007 г. // Вестн. РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. — 2007. — Т. 20, № 3 (77), приложение 1.
3. Cancer statistics, 2014 / R. Siegel, J. Ma, Z. Zou, A. Jemal // Cancer J. Clin. — 2014. — Vol. 64, N 9. — P. 9 — 29.
4. Impact of screening colonoscopy on outcomes in colon cancer surgery / R. Amri, L. G. Bordeianou, P. Sylla, D. L. Berger // J. A. M. A. Surg. — 2013. — Vol. 148. — P. 747 — 754.
5. Early colon cancer, ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up / R. Labianca, B. Nordlinger, G. D. Beretta [et al.] // Annals Oncol. — 2013. — Vol. 24. — P. 64 — 72.
6. Time to diagnosis and mortality in colorectal cancer: a cohort study in primary care / M. L. Torring, M. Frydenberg, R. P. Hansen [et al.] // Br. J. Cancer. — 2011. — Vol. 104. — P. 934 — 940.
7. Global cancer statistic / A. Jemal, F. Bray, M. M. Center [et al.] // Cancer J. Clin. — 2011. — Vol. 61, N 2. — P. 134.

