



А.М. Сидоренко¹, В.В. Варваров¹, А.В. Каджоян¹, Т.А. Семенова²

СЛУЧАЙ ГИПЕРДИАГНОСТИКИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ У БОЛЬНОЙ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

¹Запорожский государственный медицинский университет,

²Запорожская медицинская академия последипломного образования

Ключові слова: колоректальний рак, жовчнокам'яна хвороба.

Ключевые слова: колоректальный рак, желчнокаменная болезнь.

Key words: colorectal cancer, cholelithiasis.

Описано випадок захворювання на хронічний калькульозний холецистит, інтерпретований як рак висхідного відділу ободової кишки. Особливістю випадку була неоднозначність трактування клінічних та інструментальних даних, що ускладнила доопераційну діагностику.

Описан случай заболевания хроническим калькулезным холециститом, интерпретированный как рак восходящего отдела ободочной кишки. Особенностью случая была неоднозначность трактовки клинических и инструментальных данных, затруднившая дооперационную диагностику.

Case of chronic calculous cholecystitis is described which was interpreted as a cancer of colon ascendens. The peculiarity of the case was the ambiguity of the interpretation of clinical and instrumental data, which complicated the preoperative diagnostics.

В последние десятилетия заболеваемость желчнокаменной болезнью (ЖКБ) значительно увеличилась. В экономически развитых странах среди лиц старше 40 лет 20% женщин и 10% мужчин имеют камни в желчном пузыре и/или желчных протоках. Каждый четвертый человек старше 60 лет и каждый третий после 70 лет имеет желчные камни, которые встречаются в 6–29% всех аутопсий [1].

Среди взрослого населения Европы частота встречаемости желчнокаменной болезни составляет 10–18%, наиболее высокая в Швеции – 38%, во Франции – 22%, в Англии – 17%, в США – 9,1–24,3%, в России – до 15% [16].

Заболеваемость ЖКБ в Украине также имеет тенденцию к росту. В 2002 г. распространенность ЖКБ составила 85,9 человек на 100 тыс. населения, а в 2005 г. – уже 104 на 100 тыс. населения [5]. Темпы роста выявления ЖКБ в Украине за последние 7 лет составляют 79,2%, а холецистэктомия выполняется чаще, чем аппендэктомия, и занимает первое место среди операций на органах брюшной полости [5,6,14].

Факторами, способствующими образованию желчных конкрементов, считают нарушенный обмен веществ (холестерин, билирубин), воспаление стенок желчного пузыря, застой желчи, особенности питания [1,3,14]. Традиционно оценка факторов риска ЖКБ учитывает принцип «5F»: female – женский пол, fat – ожирение, fortires – возраст около 40 лет, fertile – рожавшие, fair – светлый цвет волос [14].

Следует отметить, что ожирение, гиподинамия, прием обильной и жирной пищи – факторы, способствующие развитию как ЖКБ, так и колоректального рака (КРР) [2].

В настоящее время в мире в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями КРР находится на IV месте среди мужчин и на III – среди женщин. В 2007 году в мире зарегистрировано 1,2 млн новых случаев КРР [4,8].

В последние десятилетия в большинстве стран отмечается рост заболеваемости КРР. Так, в Украине в 2001 году заболеваемость КРР составила 35,9 случаев на 100 тыс. населения, а в 2007 – 41,2 случаев на 100 тыс. населения [4]. Чаще всего КРР локализуется в прямой кишке (51%); сигмовидная кишка поражается в 25% случаев; на долю поперечно-ободочной кишки, нисходящей ободочной и восходящей ободочной кишки приходится по 8% случаев [7,8].

К факторам риска КРР относят возраст, характер питания (преобладание в рационе пищи животного происхождения, недостаточное количество растительной клетчатки), гиподинамию, ожирение, наследуемые генетические мутации (FAP, HNPCC), семейный анамнез по КРР и/или полипозу кишечника, хронические заболевания толстой кишки (неспецифический язвенный колит, дивертикулярная болезнь, приобретенный полипоз). Считается, что 90% КРР обусловлены экзогенными факторами [8,10]. Ряд исследователей выявили, что между заболеваемостью КРР и ЖКБ существует определенная связь. V. Hladik и соавт. на основании анализа секционных данных 11 153 умерших отметили статистически достоверное превалирование рака толстой кишки среди больных, перенесших холецистэктомия [11]. О повышении риска развития колоректального рака после такой операции указывают и другие авторы [7,9,13]. Считается, что после холецистэктомии желчные кислоты и их соли начинают непрерывно поступать в просвет кишки, и под влиянием ферментативной активности анаэробных бактерий происходит образование большого количества вторичных желчных кислот (холевой, дезоксихолевой, хенодезоксихолевой), являющихся промоторами канцерогенеза [7,13]. Однако во многих работах не выявлено достоверных различий заболеваемости раком толстой кишки среди больных, перенесших холецистэктомия и не подвергшихся этой операции [15].



Ряд авторов приходят к выводу, что не холецистэктомия сама по себе, а желчнокаменная болезнь, по поводу которой чаще всего выполняется данная операция, увеличивает риск развития рака толстой кишки. Так, например, D. Pinter и соавт. на 2200 аутопсиях выявили КРР в 7,6% случаев после холецистэктомии, у 7% неоперированных больных с желчнокаменной болезнью и только в 2,9% остальных случаев. С другой стороны, по данным С. Csonka и соавт. [9], рак толстой кишки все же чаще развивается именно после холецистэктомии, а ЖКБ не имеет существенного влияния на его частоту. Как при холецистолитиазе, так и среди перенесших холецистэктомию, раком толстой кишки поражаются преимущественно женщины пожилого возраста. При этом, локализация опухолей в правой половине ободочной кишки отмечается в 1,5–2 раза чаще, чем среди больных колоректальным раком, не страдавших патологией желчевыводящих путей. По-видимому, это обусловлено более активным всасыванием желчных кислот именно в проксимальных отделах толстой кишки [9,13].

Современный арсенал медицинского обследования позволяет без особых затруднений доказать или опровергнуть диагноз КРР. Тем не менее, известны случаи, когда диагностика КРР составляет определенные трудности. Как правило, это имеет место при тяжелой сопутствующей патологии, определенных конституциональных особенностях пациентов, недостаточной квалификации медицинского персонала, осуществляющего диагностику либо ее этапы.

Представляем случай хронического калькулезного холецистита, который симулировал рак восходящего отдела ободочной кишки.

Больная К., 63 лет, поступила в абдоминальное отделение Запорожского областного клинического онкологического диспансера (ЗОКОД) с диагнозом: рак восходящего отдела ободочной кишки, стадия 2, $T_4N_xM_0$, КСГ2, дивертикулез ободочной кишки, ИБС, бронхиальная астма. В течение 3 месяцев больную беспокоили боли в правом подреберье, общая слабость, запоры. При пальпации живота пациентки в правом подреберье определялось плотное, несмещаемое опухолевидное образование до 10 см в диаметре.

В районной больнице выполнена ирригоскопия, при которой заподозрен рак восходящего отдела толстой кишки. Дальнейшее обследование проводилось в одной из клиник г. Запорожья, где произведена повторная ирригоскопия: барий введен до печеночного угла. Дальнейшее заполнение кишки оказалось невозможным из-за атонии анального сфинктера. В сигмовидной кишке определяются множественные дивертикулы с наличием спаечного перипроцесса. В области печеночного угла, опущенного в большой таз, определяется стойкое сужение кишки на участке до 8 см с неровными четкими и определяемыми контурами, бугристым рельефом. К этому отделу толстой кишки фиксирован желчный пузырь со слабоконтрастирующими конкрементами размерами 3,0×3,0 см, 3,5×3,5 см. Восходящий отдел и слепую кишку удалось выполнить воздухом при двойном контрастировании. **Заключение:** эндофитный рак печеночного угла с прорастанием в желчный пузырь. Нельзя исключить воспалительную

инфильтрацию в области желчного пузыря с вовлечением толстой кишки. Дивертикулез толстой кишки. ЖКБ.

Согласно данным УЗИ брюшной полости, проведенного в той же клинике г. Запорожья, печень расположена типично. Размеры: правая доля – 13 см (норма 12–14 см), левая – 7 см (норма 5–7 см). Эхоструктура: в правой доле 6 сегмент – гиперэхогенное однородное образование диаметром 35 мм с четкими неровными контурами (метастазы? гемангиома?). В 4 сегменте гиперэхогенное однородное образование диаметром до 14 мм с четкими ровными контурами (метастазы? гемангиома?). Желчный пузырь: расположение типичное. Форма обычная, размеры 106×40 мм, стенка толщиной 6 мм. Фрагментарно двойной контур. Содержит конкременты диаметром 32, 30, 37 мм. **Заключение:** эхопризнаки очагов в печени (метастазы? Гемангиомы?). ЖКБ, обострение калькулезного холецистита.

Фиброколоноскопия (та же клиника): дивертикулез толстой кишки с явлениями дивертикулита. Колит. Не исключено объемное образование брюшной полости.

После госпитализации в ЗОКОД произведены повторные рентгенологическое и эндоскопическое исследования для подтверждения диагноза рака ободочной кишки.

Фиброколоноскопия (ЗОКОД): пройти сигмовидную кишку невозможно из-за выраженного дивертикулита и спастического состояния. Онкопатологии не обнаружено. **Заключение:** дивертикулез толстой кишки. Спастический сигмоидит.

УЗИ органов брюшной полости (ЗОКОД): правая доля печени – 14,1 см, левая – 5,1 см. Эхогенность повышена. Структура неоднородна за счет образований высокой плотности с четкими контурами в 6 сегменте 1,7×1,0 см и в 7–8 сегментах – 1,1 см. Желчный пузырь увеличен (12,4×3,8 см). В просвете – небольшое количество густой желчи. На ее фоне множественные гиперэхогенные конкременты с асимметричной тенью в дне: 37, 29, 16 мм. В проекции шейки пузыря – конкременты до 17, 29 мм и множество мелких до 6 мм. Холедох: 8 мм, стенка утолщена. **Заключение:** эхопризнаки объемных образований печени – гемангиомы. ЖКБ: хронический калькулезный холецистит.

В ЗОКОД ирригоскопию выполнить не удалось из-за атонии анального сфинктера.

Уровень ракового эмбрионального антигена – 7,82 ЕД/мл (норма – не более 27 ЕД/мл).

По результатам компьютерной томографии, печень обычного положения, контуры ровные, диффузно увеличена (правая доля – 145 мм, левая – 53 мм). Паренхима обычной плотности. Структура нарушена в правой доле, где определяются единичные неоднородные гиподенсивные очаги неправильной формы с неровными контурами, размерами S_{VIII} 11 мм, S_{VI} – 32×30 мм. Очаги умеренно накапливают контрастный препарат «от периферии к центру» вплоть до полной маскировки. Кроме этого, в S_{VII} субкапсулярно определяется единичный кистоподобный очаг овоидной формы с ровными и четкими контурами, размерами до 5 мм. Внутривнутрипеченочные желчные протоки несколько расширены. Желчный пузырь грушевидной формы, увеличен

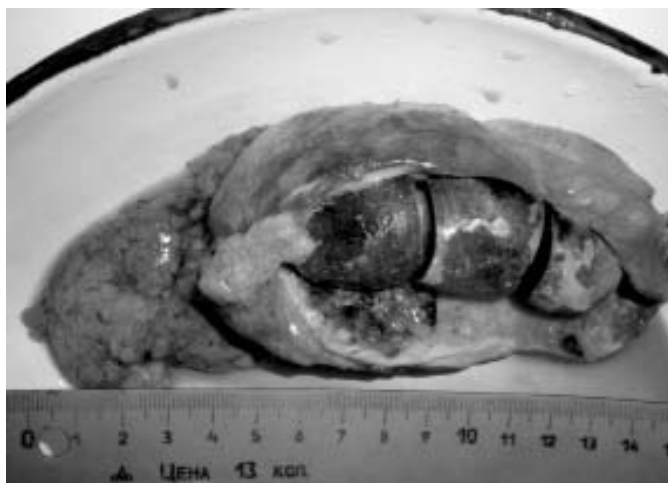


Рис. 1. Удаленный желчный пузырь с тремя конгруэнтными конкрементами.

в размерах (131×52 мм). В его полости определяются рентгенконтрастные конкременты в шейке пузыря 24×28 мм, в области дна – 30×35 мм и 30 мм. Желчный пузырь смещает печеночный угол толстой кишки книзу, создавая деформацию кишки по типу «двустволки». Холедох не расширен. Выводы: КТ-признаки единичных очагов в печени с критериями доброкачественности. Капиллярные гемангиомы в S_{VI}, S_{VIII}. Кистоподобный очаг печени в S_{VII}. ЖКБ, холецистолитиаз.

После дообследования больная обсуждена на клиническом разборе. В связи с наличием противоречивых данных методов дополнительной визуализации, принято решение о выполнении диагностической лапаротомии с определением объема оперативного вмешательства после ревизии брюшной полости.

Под общим обезболиванием произведена верхнесрединная лапаротомия. При ревизии брюшной полости злокачественных новообразований не выявлено. Обнаружен гигантский, до 15 см в диаметре, с конкрементами в просвете, желчный пузырь. В спаечный перипроцесс вовлечены выходной отдел желудка и правая половина поперечно-ободочной кишки. После разъединения спаек выполнена холецистэктомия ретроградным способом. Брюшная полость дренирована и ушита послойно.

Макропрепарат: удаленный желчный пузырь с тремя конгруэнтными конкрементами, размеры каждого – 3,5×3,0 см (рис. 1). При вскрытии просвета слизистая изъязвлено изменена, в ложе пузыря – полиповидное образование до 0,5 см (рис. 2).

Патологоанатомическое заключение: хронический холецистит в стадии обострения с изъязвлениями слизистой оболочки.

Послеоперационный период протекал без особенностей. В удовлетворительном состоянии больная выписана домой на 10 сутки после операции. Спустя полгода после операции пациентка чувствует себя хорошо.

ВЫВОДЫ

Рассмотренный случай наглядно демонстрирует, что при



Рис. 2. Слизистая удаленного желчного пузыря.

дифференциальной диагностике объемных образований брюшной полости нельзя опираться на данные только одного из методов дополнительной диагностики. Дооперационный этап ведения таких пациентов требует комплексного обследования с позиций онкостороженности (клиника, лабораторные данные, ирригоскопия, фиброколоноскопия, УЗИ, КТ органов брюшной полости) с обязательным последующим сопоставлением полученных результатов. В неясных случаях, при получении противоречивых данных оправданно проведение диагностической лапароскопии либо лапаротомии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дадвани С.А. Желчнокаменная болезнь / Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулушко А.М., Прудков М.И. – М.: ИД Видар, 2000. – 144 с.
2. Волков Д.П. Риск колоректального рака у больных с патологией органов желудочно-кишечного тракта / Волков Д.П. // Онкология. – 1991. – Т. 1. – С. 3–17.
3. Клименко Г.А. Холецистолитиаз (диагностика и оперативное лечение) / Клименко Г.А. – М.: Медицина, 2000. – 224 с.
4. Бюлетень национального канцер-реестра №10, Киев, 2009 г. «Рак в Україні, 2007–2008» / Федоренко З.П., Гайсенко А.В., Гулак Л.В., Горюх Э.Л. – Национальный институт Рака. Центр медицинской статистики Министерства здравоохранения Украины. – 100 с.
5. Филиппов Ю.О. Эпидемиологические особенности болезней органов пищеварения и гастроэнтерологическая служба в Украине: достижения, проблемы и пути их решения / Филиппов Ю.О., Скурда И.Ю. // Гастроэнтерология. – 2005. – Вып. 36. – С. 9–17.
6. Шевченко Б.Ф. Хирургическое лечение желчнокаменной болезни с сохранением желчного пузыря / Шевченко Б.Ф., Бабий А.М., Гравировская Н.Г. // Здоровье Украины. – 2009. – №6/1. – С. 50.
7. Abonate S. Colectomia e cancro del colon / Abonate S., Giordano V., Vena F. // Minerva Chirurgica. – 1983. – Vol. 38. – P. 1849–1851.
8. Collins R. Colon cancer, dysplasia, and surveillance in patients with ulcerative colitis / Collins R., Feldman M., Fordtran J. // New Engl. J. Med. – 1987. – Vol. 316. – P. 1654–1658.
9. Csonka C. Cholecystectomy lehetseges szerepe a colorectalis rak keletkezeseben / Csonka C., Villanai E., Assefa A. J., Gergely M. A. // Orv. Hetilap. – 1987. – Vol. 128. – P. 773–777.



10. *Deyhle P.* Colon carcinoma // Early Detection of Colorectal Cancer / *Deyhle P., Ed. K. Goertler* – Nuremberg, 1989. – P. 14–31.
11. *Hladik V.* Colorectal carcinoma and cholecystectomy / *Hladik V., Nozicka Z., Maslovska H.* // Neoplasma . – 1987. – Vol. 34. – P. 361–366.
12. *Garcia M.* Global Cancer Facts and Figures 2007 / *Garcia M, Jermal A, Ward EM, Center MM.* – Atlanta, GA American Cancer Society, 2007. – P. 12–14.
13. *Lee Shiong S.* The relationship between cholecystectomy and colon cancer : An Iowa study / *Lee Shiong S., Cha Stephen, Lee Richard L,* // J. Surg. Oncol. – 1989. – Vol. 41. – P. 81–85.
14. *Marschall H.U.* Gallstone disease/ *Marschall H.U., Einarsson C.* // J. Intern Med. – 2007. – №261 (6). – P. 529–542.
15. *Pinter D.* Kolorektales Karzinom- Beziehung zur Cholezystektomie oder zur Cholelithiasis / *Pinter D., Kratzsch K.- H., Waller H.* // Dtsch. Z. Verdauungs- und Stoffwechselkrankn. – 1983. – Bd. 43. – S. 130–136.
16. *Shaffer E.A.* Gallstone disease: Epidemiology of gallbladder stone disease / *Shaffer E.A.* // Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol. – 2006. – № 20 (6). – P. 981–996.

Сведения об авторах:

Сидоренко А.М., к. мед. н., доцент каф. онкологии ЗГМУ.

Варваров В.В., студент 6 курса мед. факультета, председатель СНО каф. онкологии ЗГМУ.

Каджоян А.В., магистр каф. онкологии ЗГМУ.

Семенова Т.А., к. мед. н., доцент каф. анестезиологии и реанимации ЗМАПО.

Адрес для переписки:

Варваров В.В. 69035, г. Запорожье, пр-т Маяковского, 26, каф. онкологии ЗГМУ.

E-mail: Inco@i.ua