

УДК: 616-073.75:616.345

РАК ОБОДОЧНОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

За последние десятилетия повсеместно регистрируется неуклонный рост заболеваемости раком толстой кишки. Ежегодно в мире диагноз колоректального рака устанавливается 500 000 – 600 000 пациентам [1, 2]. Наиболее часто злокачественные опухоли этой локализации встречаются в экономически развитых странах. Например, в США в 1968 году было выявлено 73 000 больных, а в настоящее время ежегодно регистрируется около 150 000 больных, умирает около 55 000-60 000, большую смертность дает лишь рак легких [1].

В Украине в 2011-2012 годах частота колоректального рака составляет 6,2% у мужчин и 6,6% — у женщин и занимает, соответственно, пятое и четвертое место по частоте среди десяти наиболее часто встречающихся раков. Смертность от колоректального рака составляет для мужчин 6,2% (пятое место среди злокачественных опухолей), для женщин – 8,6% (второе место). Число заболевших колоректальным раком достигает 22474 муж-

чин (107.1 о/0000) и 30388 женщин (124.2 о/0000) за 2011-2012 гг. [3].

По данным литературы, наиболее часто колоректальный рак выявляется у лиц старше 50 лет с постепенным снижением уровня заболеваемости в группах населения в возрасте после 75 лет [2]. Данные канцер-реестра Украины за 2011-2012 гг. по частоте встречаемости раков в зависимости от пола и возраста представлены на рис. 1, на диаграммах которого видно, что у мужчин колоректальный рак начинает регистрироваться после 30 лет (4,5%), увеличиваясь к 75 годам до 7,6%; у женщин — после 55 лет (7,5%), увеличиваясь к 75 годам до 8,8%. Таким образом, если в XX веке это заболевание считалось проблемой пожилых людей, то сегодня пик заболеваемости начинается от 43–47 лет. Достаточно много пациентов и более молодого возраста, поэтому мы представляем случаи диагностики колоректального рака у молодых пациентов.

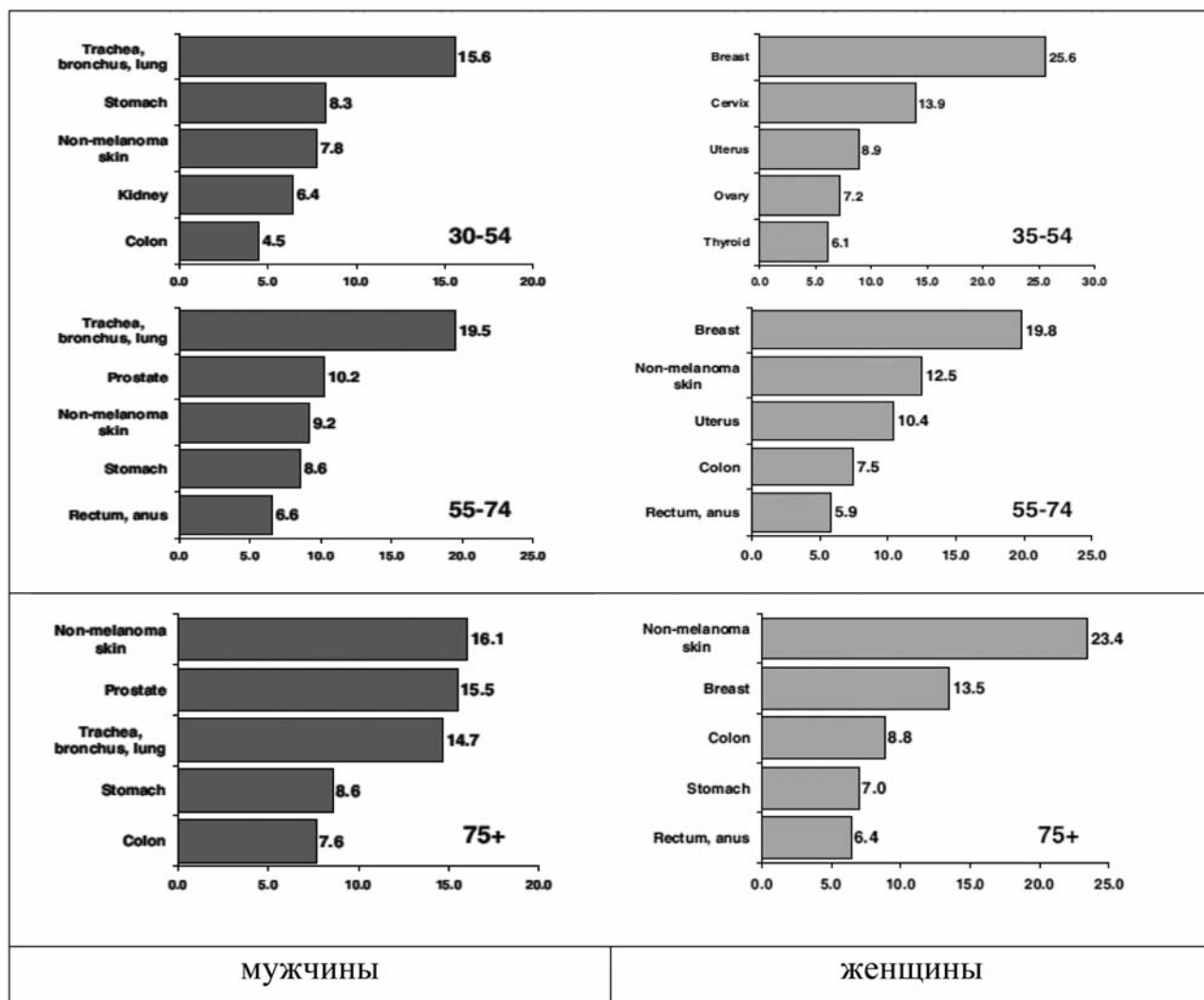


Рис. 1. Частота первичной диагностики опухолей различной локализации в зависимости от возраста и пола по данным канцер-реестра за 2011-1012 гг.

Случай 1

Пациент К., 30 лет, госпитализирован в хирургическое отделение с жалобами на общую слабость, головокружение, снижение массы тела, боли в правой половине живота. Периодические боли в животе отмечает на протяжении последних двух лет. Из анамнеза известно, что у матери пациента удалили опухоль толстой кишки 6 лет назад.

При осмотре обращает на себя внимание бледность, в клиническом анализе крови выраженная анемия – гемоглобин 60 г/л. Пациенту было проведено ультразвуковое обследование органов брюшной полости, по результатам которого поставлен предварительный диагноз: Аппендикулярный инфильтрат, рекомендовано дообследование. При выполнении компьютерной томографии брюшной полости изменения в самой кишке не были выявлены, поэтому сделано заключение: аппендикулярный инфильтрат или поствоспалительные изменения в слепой кишке и в околокишечной области (рис. 2). Пациенту проводилась симптоматическая противоанемическая терапия, назначена ирригоскопия. При проведении ирригоскопии определя-

лась удлинённая сигмовидная кишка, восходящий отдел ободочной кишки контрастом выполнялся не сразу. В восходящей ободочной кишке в фазу тугого заполнения определялся циркулярный дефект наполнения протяженностью 7 см с четкими, неровными и нависающими контурами (рис. 3). Слепая кишка без патологических изменений. Пораженный участок восходящей ободочной кишки существенно не изменялся при полипозиционном обследовании (на животе, на спине и в косых положениях). После дополнительного введения воздуха (в фазу двойного контрастирования) просвет кишки на уровне поражения не расправлялся (рис. 4). Рентгенологическое заключение – экзофитный рак восходящего отдела ободочной кишки, туберозная форма. При рентгенографии органов грудной клетки патологических изменений не выявлено. Пациенту выполнена правосторонняя гемиколэктомия. Рентгенологический диагноз подтвердился, по данным гистологического исследования – низкодифференцированная аденокарцинома.

Случай 2

Пациентка Д., 34 года, считает себя больной с августа 2013 г., когда впервые появился черный стул. Через 3 дня цвет стула нормализовался, и пациентка за медицинской помощью не обращалась. Спустя 2 месяца появились жалобы на наличие болезненного пальпируемого опухолевидного образования в правой подвздошной области. С данными жалобами обратилась к врачу. При обследовании, объективно состояние удовлетво-



Рис. 2. КТ-топограмма (а) и аксиальный срез (б) на уровне новообразования



Рис. 3. Рентгенограмма слепой и восходящей ободочной кишки в фазу тугого заполнения. Циркулярный дефект наполнения восходящей кишки: экзофитный рак, туберозная форма

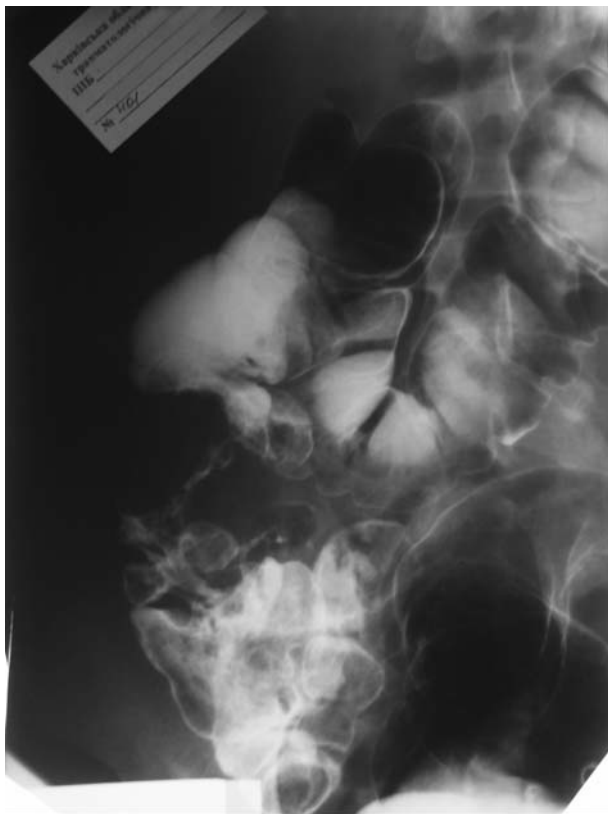


Рис. 4. Рентгенограмма слепой и восходящей ободочной кишки в фазу двойного контрастирования. Сохраняется циркулярный дефект заполнения: экзофитный рак, туберозная форма

рительное. Периферические лимфоузлы не увеличены. Живот мягкий, пальпируется плотное опухолевидное образование размером 10 x 7 см в правой подвздошной области, малоболезненное, неподвижное. Гемоглобин – 120 г/л. При проведении ультразвукового обследования были выявлены признаки, требующие дифференциальной диагностики между аппендикулярным инфильтратом и опухолью слепой кишки. Пациентка направлена на ирригоскопию. При ирригоскопии, ретроградно выполнена толстая кишка до баугиниевой заслонки. В восходящем отделе ободочной кишки, в области печеночного изгиба, определяется циркулярный дефект заполнения протяженностью 6 см с четкими, неровными и подрытыми контурами. После частичного опорожнения и дополнительного введения воздуха в просвет кишки циркулярный дефект заполнения сохраняется (рис. 5). Рентгенологическое заключение – экзофитный рак восходящего отдела ободочной кишки (туберозная форма). Пациентке выполнена правосторонняя гемиколонэктомия, по данным гистологического исследования – неклассифицируемый рак.

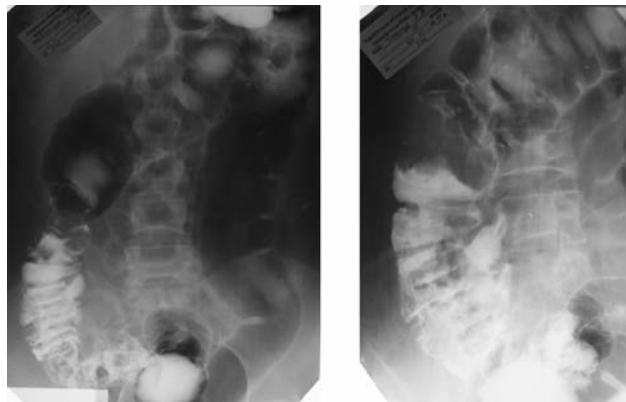


Рис. 5. Рентгенограмма слепой и восходящей ободочной кишки в фазу заполнения воздухом в прямой (а) и косой (б) проекциях. Сохраняется стойкий циркулярный дефект заполнения: экзофитный рак восходящей кишки, туберозная форма

Особенностью данных случаев из практики является молодой возраст пациентов, относительно непродолжительный анамнез болезни, невыраженные клинические проявления, вследствие чего пациенты обращались за медицинской помощью в более поздние сроки своего заболевания, схожая анатомическая зона поражения толстой кишки, а также необходимость дифференциальной диагностики между аппендикулярным инфильтратом и раком толстой кишки данной локализации. Каждый из представленных случаев требовал применения комплексного лучевого обследования с использованием ультразвукового, компьютерно-томографического и рентгенологического методов исследования.

Таким образом, раком толстой кишки болеет все больше людей моложе 50 лет. Они обращаются к врачам, находясь на поздних стадиях заболевания, так как не могут распознать или неправильно трактуют первые его симптомы. Поэтому требуется более внимательное отношение к таким пациентам с проведением их тщательного обследования, применением комплекса лучевых методов исследования для диагностики опухолей на более ранней стадии их развития.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мартынюк В.В. Рак ободочной кишки (заболеваемость, смертность, факторы риска, скрининг)/ В.В. Мартынюк //Практ.онкология. 2000. — №1. — С. 3 — 9.
2. Основы колопроктологии / Под ред. В.Г. Воробьева. — Р.-Д., 2001. — 340 с.
3. Bulletin of national cancer Registry of Ukraine. Kyiv, 2013, № 14.

Е.П. Шармазанова, Н.А. Оборина, Н.А. Бортный,
Е.В. Волковская, С.К. Рамалданов,
г. Харьков