

DOI: 10.29296/25877305-2018-05-14

РЕНТГЕНОЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА СЛЕПОЙ КИШКИ ПРИ НЕВОЗМОЖНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ТОТАЛЬНОЙ КОЛОНОСКОПИИ И ИРРИГОСКОПИИ

В. Рубцов¹, кандидат медицинских наук,
Ю. Чалык², доктор медицинских наук, профессор,
Г. Грязнова¹

¹ООО «Лечебно-диагностический центр «МЕДЭКСПЕРТ», Саратовская область, г. Энгельс

²Саратовский государственный медицинский университет
E-mail: rubzov999@yandex.ru

Основным методом диагностики колоректального рака является колоноскопия. Невозможность выполнения тотальной колоноскопии и (или) ирригоскопии препятствует диагностике опухоли, локализующейся, в частности, в слепой или восходящей ободочной кишке. В подобных случаях возможна и целесообразна диагностика методом виртуальной колоноскопии.

Ключевые слова: онкология, колоректальный рак, колоноскопия, ирригоскопия, виртуальная колоноскопия.

Для цитирования: Рубцов В., Чалык Ю., Грязнова Г. Рентгеноэндоскопическая диагностика рака слепой кишки при невозможности проведения тотальной колоноскопии и ирригоскопии // Врач. – 2018; 29 (5): 59–61. DOI: 10.29296/25877305-2018-05-14

Колоректальный рак (КРР) – распространенное, социально значимое заболевание с устойчивой тенденцией к росту заболеваемости и смертности [1]. В 36% случаев раковая опухоль локализуется в слепой или восходящей ободочной кишке, обуславливая так называемую токсико-анемическую клиническую форму заболевания. При этом на 1-е место выступает симптом анемии, в том числе – на ранней стадии развития опухоли, когда в генезе анемии превалирует рефлекторный, а не токсический механизм угнетения кроветворения [2]. При клиническом подозрении на токсико-анемическую форму КРР показано проведение колоноскопии, которая считается «золотым стандартом» диагностики полипов и рака толстой кишки [3]. Но в ряде случаев выполнение тотальной колоноскопии не представляется возможным, в частности при выраженном удлинении ободочной кишки с дополнительным петлеобразованием и спаечной болезнью брюшной полости [4].

Невозможность полного эндоскопического осмотра толстой кишки диктует необходимость примене-

ния альтернативных методов диагностики, в частности ирригоскопии. Ситуация усложняется, если из-за неспособности пациента удерживать клизму ему невозможно выполнить ирригоскопию. В подобных случаях для результативного завершения диагностического процесса целесообразно применять метод виртуальной колоноскопии (компьютерной колонографии) [5].

Наше наблюдение демонстрирует эффективное завершение процесса диагностики рака слепой кишки при наличии нескольких факторов, обуславливающих невозможность выполнения тотальной колоноскопии и ирригоскопии.

Пациентка Р., 80 лет, ощутила себя больной с 2015 г., когда впервые почувствовала спастические боли в правой подвздошной области, в связи с чем обратилась в Городскую поликлинику №15, где со слов пациентки был поставлен диагноз гастрита, выявлены диффузные изменения в поджелудочной железе. Осенью 2015 г. стали беспокоить тахикардия, повышение АД, тошнота, рвота; пациентка стала отмечать снижение массы тела. За медицинской помощью не обращалась.

16.08.17 обратилась в Городскую клиническую больницу №12 и была госпитализирована в терапевтическое отделение. 25.08.17 выписана с диагнозом: хроническая железодефицитная анемия средней степени тяжести; артериальная гипертензия III степени, риск 4; хроническая ишемическая болезнь сердца; атеросклеротическая болезнь сердца; хронический атрофический гастрит, умеренное обострение. Назначенная ирригоскопия не удалась из-за того, что пациентка не удержала бариевую клизму. От предложенной колоноскопии без обезболивания пациентка отказалась из-за страха перед процедурой.

В дальнейшем лечилась амбулаторно, были назначены препараты железа, витамин В₁₂.

В связи с нарастанием слабости, наличием анемии, снижением массы тела (с 67 до 51 кг) и ноющими болями в правой подвздошной области пациентка 18.10.17 обратилась в Лечебно-диагностический центр «Медэксперт» в г. Энгельсе. При первичном осмотре у пациентки в правой подвздошной области четко пальпировалась умеренно болезненная, малоподвижная опухоль диаметром около 6–7 см. На основании данных анамнеза и пальпации заподозрена токсико-анемическая форма рака слепой кишки и назначена колоноскопия.

После тщательной подготовки к исследованию (соблюдение бесшлаковой диеты и прием препарата форлакс в течение 3 дней до начала подготовки, двухэтапная подготовка толстой кишки 4 л раствора препарата фортранс) 25.10.17 была

предпринята попытка колоноскопии под глубокой седацией препаратом диприван. Несмотря на настойчивое стремление опытного эндоскописта и многократные попытки в течение почти 30 мин, провести колоноскоп до слепой кишки не удалось. Из-за гипомоторной дискинезии ориентация в толстой кишке по форме просвета и рельефу складок была затруднена. Исходя из длины введенной части аппарата и его просвечивания через переднюю брюшную стенку в проекции селезеночного изгиба ободочной кишки, селезеночный изгиб был принят за предельно достигнутую локализацию дистального конца аппарата. В осмотренных левых отделах толстой кишки органической патологии не выявлено. Из-за невозможности выполнить тотальную колоноскопию и ирригоскопию было решено дообследовать ободочную кишку методом виртуальной колоноскопии (компьютерная колонография).



Рис. 1. КТ: четко визуализируется опухоль слепой кишки (указана стрелкой); левые отделы ободочной кишки значительно удлинены, образуют дополнительные петли

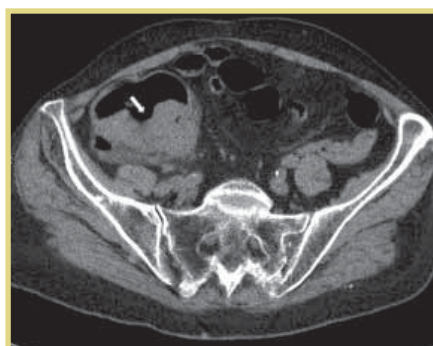


Рис. 2. КТ: опухоль слепой кишки на аксиальном срезе (указана стрелкой)

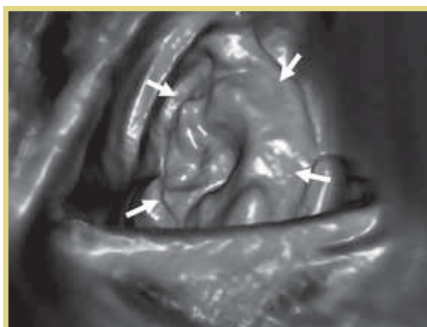


Рис. 3. Виртуальная колоноскопия: изъязвленная крупная опухоль слепой кишки (указана стрелками)



Рис. 4. Операционный препарат: вскрытая слепая кишка, в которой визуализируется крупная изъязвленная раковая опухоль; стрелка указывает на патологически измененный аппендикс

Спустя 0,5ч после частичной оптической колоноскопии на компьютерном томографе SOMATOM Spirit («Сименс», Германия) после заполнения толстой кишки адекватным количеством воздуха пациентке была выполнена компьютерная томография (КТ) органов брюшной полости с виртуальной колоноскопией восходящей и слепой кишки (рис. 1–3). Заключение: КТ-признаки образования слепой кишки (с-р); диффузные изменения поджелудочной железы (лимфоаденопатия, долихосигма). На основании полученных данных пациентка была направлена на консультацию в хирургический стационар для решения вопроса о плановом оперативном лечении.

27.10.17 больная госпитализирована в Городскую клиническую больницу №6 Саратова, где после предоперационной подготовки 01.11.17 ей была выполнена правосторонняя гемиколэктомия, лимфодиссекция D2. При интраоперационной ревизии отмечено, что

дополнительные петли левой половины ободочной кишки спаяны между собой. Послеоперационный диагноз: стенозирующая опухоль слепой кишки T3NxM0 (рис. 4); низкая тонкокишечная непроходимость. Гистологическое заключение: низкодифференцированная аденокарцинома, в удаленных лимфатических узлах признаков опухолевого роста нет.

13.11.17 больная выписана из клиники в удовлетворительном состоянии.

Описанный случай представляется важным с нескольких точек зрения.

Во-первых, у пациентки старческого возраста не был своевременно заподозрен рак слепой кишки, при котором типичным симптомом является анемия, возникающая даже на ранней стадии развития опухоли и являющаяся причиной таких вторичных симптомов, как общая слабость, одышка, тахикардия. Вторым симптомом, свидетельствующим о возможной органической патологии слепой кишки, была боль в правой подвздошной области.

Во-вторых, причина неполного эндоскопического осмотра толстой кишки была объективной и заключалась в выраженном удлинении левых отделов ободочной кишки с дополнительным петлеобразовани-

ем, а также спаечным сращением этих петель между собой. Учитывая этот конкретный случай, при возникновении выраженных технических сложностей при проведении колоноскопа не следует предпринимать чрезмерных усилий и стремиться во что бы то ни стало осуществить тотальный осмотр толстой кишки, так как непреодолимые технические сложности могут быть обусловлены объективными причинами, а не свидетельствовать о недостаточной квалификации врача-эндоскописта.

В-третьих, пациентке, которой по нескольким объективным причинам не смогли выполнить ирригоскопию и оптическую колоноскопию, удалось выполнить виртуальную колоноскопию, сыгравшую решающую роль в постановке диагноза. Применение такой тактики вполне целесообразно.

В-четвертых, старческий возраст больного не исключает возможность успешного хирургического лечения КРР.

* * *

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература

1. Заридзе Г.Д. Профилактика рака: руководство для врачей / М.: ИМА-ПРЕСС, 2009; 221 с.
2. Ганичкин А.М. Рак толстой кишки / Л.: Медицина, 1970; 197 с.
3. Araujo Sea et al. Role of colonoscopy in colorectal cancer // Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. S. Paulo. – 2001; 56 (1): 25–35.
4. Рубцов В.С., Гладков В.В., Митрофанов А.В. и др. Анализ причин неполного эндоскопического осмотра толстой кишки // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол. и колопроктол. – 1997; 7 (6): 65–7.
5. Fenlon H., Ferrucci J. Virtual colonoscopy // Diagnostic Imaging. –1998; November: 119–23.

X-RAY ENDOSCOPIC DIAGNOSIS OF CECAL CANCER IF TOTAL COLONOSCOPY AND IRRIGOSCOPY ARE IMPOSSIBLE

V. Rubtsov¹, Candidate of Medical Sciences; Professor **Yu. Chalyk²**, MD;
G. Gryaznova¹

¹ООО «МЕDEXPERT» Diagnostic and Treatment Center, Engelsk, Saratov Region
²Saratov State Medical University

The main test to diagnose colorectal cancer is colonoscopy. Failure to perform total colonoscopy and/or irrigoscopy prevents the diagnosis of a tumor localized in the cecum or ascending colon in particular. In such cases, diagnosis by virtual colonoscopy is possible and appropriate.

Key words: oncology, colorectal cancer, colonoscopy, irrigoscopy, virtual colonoscopy.

For citation: Rubtsov V., Chalyk Yu., Gryaznova G. X-ray endoscopic diagnosis of cecal cancer if total colonoscopy and irrigoscopy are impossible // *Vrach.* – 2018; 29 (5): 59–61. DOI: 10.29296/25877305-2018-05-14