

## Редкое наблюдение метастазирования рака ободочной кишки в костный мозг

Ю.М. Тимофеев, В.В. Марфутов  
РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва

**Контакты:** Василий Васильевич Марфутов [marfutov@mail.ru](mailto:marfutov@mail.ru)

В РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН было проведено редкое наблюдение метастазирования рака ободочной кишки в костный мозг при отсутствии других отдаленных проявлений заболевания. В статье представлены данные комплексного обследования, обсуждается врачебная тактика для этого конкретного случая.

**Ключевые слова:** колоректальный рак, отдаленные метастазы, метастазы в костный мозг

### Rare observation of colon cancer solitary bone marrow metastasis

Y.M. Timofeyev, V.V. Marfutov

N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

Data on rare clinical observation of colon cancer solitary bone marrow metastasis is presented. Instrumental and laboratory investigations results are presented and clinical tactics is being analyzed.

**Key words:** colon cancer, distant metastases, bone marrow metastases

Колоректальный рак (КРР) имеет относительно торпидное течение по сравнению с опухолями других отделов желудочно-кишечного тракта (рак пищевода, желудка, поджелудочной железы и др.) [1, 4, 6]. В отличие от этих, более злокачественных, форм он метастазирует на более поздних стадиях развития. Наиболее типичные «органы-мишени» для метастазов КРР — это печень и легкие [2, 3, 5, 7]. Метастазирование КРР в другие органы (кости, головной мозг и др.) наблюдается редко. Метастазирование в костный мозг без выявленных метастазов в другие органы (отсутствие метастазов в печени, легких, костях) — казуистическое наблюдение. В доступной литературе нам не встретилось упоминание о подобном наблюдении [1, 4, 6], в практике РОНЦ РАМН это также отмечено впервые.

Приводим клиническое наблюдение. Больная Г., 61 года, поступила в отделение проктологии РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН 21.12.2009 с диагнозом: рак восходящей ободочной кишки. При поступлении состояние больной тяжелое. По ее словам, оно ухудшилось за последние 2–3 дня. Температура нормальная, жалобы на резкую слабость, больная с трудом встает и ходит, передвигается только на сиденье каталке. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. АД = 180/90 мм рт. ст., пульс = 100 уд/мин, ритмичный. Стул и мочеиспускание в норме. Сопутствующие заболевания: желчнокаменная болезнь, хронический холецистопанкреатит, гипертоническая болезнь, ожирение, мочекаменная болезнь; в 1986 г. произведена экстирпация матки с придатками по поводу миомы матки.

Рентгенография легких от 23.12.2009: без признаков метастазов и воспаления.

УЗИ брюшной полости от 20.12.2009: без метастазов в органах брюшной полости.

Ирригоскопия от 21.12.2009: инфильтративно-язвенный рак восходящей ободочной кишки, протяженность поражения около 8–9 см.

Колоноскопия от 10.12.2009: рак восходящей ободочной кишки.

Гистологическое заключение биоптата из опухоли кишки № 40485/09: разрастание низкодифференцированной аденокарциномы.

Общий анализ крови от 24.12.2009: эритроциты  $3,62 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 9,6 г/л, лейкоциты  $8,41 \times 10^9/л$  (п/я 2%, с/я 53%, лимф. 23%, мон. 4%, эоз. 18%), тромбоциты  $61 \times 10^9/л$ .

Общий анализ мочи от 24.12.2009: реакция нейтральная, уд. вес 1012, белок 0,2 г/л, сахар abs, лейкоц. 6–8 в поле зрения, эритроц. 1–2 в поле зрения.

Биохимический анализ крови от 24.12.2009: глюкоза 5,3 ммоль/л, общий билирубин 10,2 мкмоль/л, общий протеин 73,7 г/л, креатинин 85 мкмоль/л, АСТ 26,8 Ед/л, АЛТ 49,2 Ед/л, железо 23 мкмоль/л.

Коагулограмма от 24.12.2009: АПТВ 23 сек, фибриноген 79 мг/дл, протромбин 58%, МНО 1,45 ед, протромбиновое время 17,7 сек, РКМФ этанол тест отрицательный, Д-димер более 20 мкг/мл, анти-тромбин III 96%, агрегация тромбоцитов 32%, протромбин C 98%.

*Заключение: подострый ДВС-синдром.*

*ЭКГ от 22.12.2009: синусовая тахикардия, ЧСС 98 уд/мин.*

*ВИЧ, RW, HBs, HCV — отрицательные (от 01.12.2009).*

*Данные коагулограммы, общее тяжелое состояние больной при нормальной температуре, при отсутствии отдаленных метастазов и при сравнительно небольших размерах первичной опухоли — все это заставляло искать причину, вызвавшую столь резкое, необъяснимо тяжелое состояние больной.*

*23.12.2009 появились множественные гематомы на туловище, верхних и нижних конечностях.*

*24.12.2009 произведена трепанбиопсия костного мозга из крыла подвздошной кости. В отпечатках трепанбиоптата определяется большое количество опухолевых клеток негемопоэтической природы; костномозговое кроветворение угнетено.*

*Цитологическое исследование № 2009/22740 от 25.12.2009: обнаруженные в биоптате клетки соответствуют метастатической аденокарциноме — метастаз рака кишки.*

*Миелограмма от 24.12.2009: в отпечатках трепанбиоптата обнаружен комплекс опухолевых клеток негемопоэтической природы (метастазы рака). Среди опухолевых клеток определяются единичные элементы крови; клетки эритроидного ростка и мегакариоциты отсутствуют.*

*Консультация гематолога проф. Е.А. Османова от 25.12.2009: заболевание негемопоэтической природы, метастатическое поражение костного мозга большим количеством клеток аденокарциномы толстой кишки; костномозговое кроветворение угнетено.*

*Скинирование костей скелета от 25.12.2009: отдаленных метастатических очагов в костях не выявлено.*

*Больная получала симптоматическое лечение: переливание свежезамороженной плазмы, инфузионную терапию, обезболивающие и др. Однако состояние больной прогрессивно ухудшалось. Консилиум врачей РОНЦ пришел к заключению, что из-за тяжести состояния боль-*

*ной, резкого угнетения кроветворения, выраженного нарушения свертывающей системы крови (подострый ДВС-синдром) — специфическое лечение больной (операция, химиотерапия) невозможно. 26.12.2009 по настоянию родственников больную выписали домой на симптоматическое лечение. По сообщению родственников, через 1 мес наступила смерть больной.*

### Заключение

Настоящее наблюдение является уникальным случаем казуистически редкого практически тотального поражения костного мозга аденокарциномой толстой кишки без наличия отдаленных метастазов в печени, легких и других органах, включая отсутствие метастатических узлов в костях. Клиническим проявлением этого заболевания было крайне тяжелое состояние больной при нормальной температуре, нормальной функции кишечника, удовлетворительных общих и биохимических анализах крови и мочи. При этом отмечались множественные подкожные гематомы туловища и конечностей и резкое изменение коагулограммы (признаки подострого ДВС-синдрома). Все это заставило заподозрить поражение костного мозга, произвести трепанбиопсию костного мозга и направить диагностику в нужное русло.

Правильная постановка диагноза не помогла, к сожалению, в данном случае провести полноценное противоопухолевое лечение. Однако, вероятно, в подобных случаях необходимо рассматривать вопрос о проведении высокодозной химиотерапии.

В практике РОНЦ и в доступной нам литературе подобное наблюдение не упоминается. Редкость указанного метастазирования аденокарциномы толстой кишки приводит, вероятно, к тому, что врачи могут не диагностировать такие случаи. Наше наблюдение позволит онкологам иметь в виду возможность подобных осложнений и более тщательно обследовать больных при, казалось бы, банальных формах КРР.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов М.И. Энциклопедия клинической онкологии. М.: ООО «РЛС-2004», 2004. 1536 с.
2. Кныш В.И. Рак ободочной и прямой кишки. М.: Медицина, 1997. 304 с.
3. МакНелли П.Р. Секреты гастроэнтерологии. СПб.: Невский диалект, 1999. 1024 с.

4. Поддубная И.В. Онкология. М.: Медпресс-информ, 2009. 768 с.
5. Стирнс М.В. Колоректальные новообразования. М.: Медицина, 1983. 256 с.
6. Тюляндин С.А., Моисеенко В.М. Практическая онкология: избранные лекции. СПб.: Центр ТОММ, 2004. 784 с.

7. Федоров В.Д. Рак прямой кишки. М.: Медицина, 1987. 327 с.
8. Чистяков С.С. Онкология для практикующих врачей. М.: Авторская академия, 2009. 632 с.