

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Профессор А.Л. Бондаренко, О.М. Исупова,
С.В. Аббасова, В.И. Жуйкова, Н.Ю. Быстрых,
Е.Э. Семененко

ТЕЧЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО- КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПОД “МАСКАМИ” ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Кировская государственная медицинская академия

В последнее десятилетие наблюдается рост онкопатологии, в том числе новообразований желудочно-кишечного тракта [6]. В структуре заболеваемости и смертности населения большинства стран мира доля злокачественных новообразований органов пищеварения составляет более 50%. В России ежегодно регистрируется 126,5 тыс. новых случаев рака желудочно-кишечного тракта, что составляет около 30% в структуре онкологической заболеваемости. По частоте выявляемости рак желудка устойчиво занимает 2 ранговое место [1]. На его долю в 2001 году приходилось 11,1% от общего числа опухолей, на долю рака толстой кишки - 4,5%, прямой - 4,0% [6].

Следует отметить, что на I-II стадии заболевания выявляется 39,8% опухолей, на III - 26,9%, на IV - 24,4%. Летальность в течение 1 года с момента установления диагноза рака желудка составляет 56,9% (3 место) [6]. По данным других авторов, примерно у 50% больных раком желудка и 35% больных раком толстого кишечника в момент постановки диагноза уже имеются отдаленные метастазы [3].

В Кировской области в 2001 году заболеваемость раком желудка составила 31,1 на 100 тыс. нас., раком толстого кишечника - 18,4 на 100 тыс. нас., раком прямой кишки - 18,6 на 100 тыс. нас. [5].

С онкопатологией различных отделов желудочно-кишечного тракта приходится сталкиваться врачам различных специальностей, в том числе инфекционистам. В связи с тем, что новообразования могут протекать под “масками” острых кишечных инфекций, остается достаточно актуальной проблема их дифференциальной диагностики.

Целью нашей работы являлось изучение клинических проявлений и частоты встречаемости новообразований желудочно-кишечного тракта среди больных острыми кишечными инфекциями.

Материалы и методы

Нами проанализированы истории болезней всех пациентов взрослых кишечных отделений городской инфекционной больницы г. Кирова с 1998 по 2002 год. Из 8600 человек, пролеченных в инфекционном стационаре, у 30 больных была заподозрена онкопатология различных отделов желудочно-кишечного тракта, что составило 0,35% от всего количества пациентов. Среди обследованных с новообразованиями было 22 мужчин и 8 женщин, средний возраст - $58,7 \pm 1,8$ лет. Диагноз

был поставлен на основании анамнестических, клинико-лабораторных и инструментальных (фиброгастродуоденоскопия, ректороманоскопия, ирригоскопия, ультразвуковое исследование) данных. Нам удалось проследить судьбу 14 человек из этой группы, у которых диагноз был подтвержден гистологически.

Результаты и обсуждение

С 1998 по 2002 год частота онкопатологии, выявленной при поступлении больных в инфекционный стационар, возросла более чем в 2 раза (рис.).

В группе больных с новообразованиями преобладали мужчины (73,3%), что соответствует данным других авторов [1,2]. Все больные с различными опухолевыми процессами желудочно-кишечного тракта были в возрасте старше 40 лет: 43,3% пациентов составляли лица 60-69 лет, 20,0% - 50-59 лет, 20,0% - старше 70 лет, 16,7% - 40-49 лет. По данным других исследователей, основная масса больных также относилась к пожилой возрастной группе: среди всех заболевших раком желудка доля пациентов в возрасте старше 60 лет составила 67,5% у мужчин и 76,9% у женщин [1]. Какой-либо зависимости развития онкопатологии от профессиональной деятельности больных не выявлено.

В 13 случаях (43,3%) больные направлялись в инфекционную больницу врачами службы скорой помощи, в 17 (56,7%) - участковыми терапевтами с диагнозами, представленными в таблице 1. В большинстве случаев при первом обращении больных за медицинской помощью был диагностирован острый гастроэнтероколит или энтероколит. Реже у больных при направлении в стационар подозревалось развитие пингеллеза, сальмонеллеза, пищевой токсикоинфекции, обострения хронического колита.

Диагноз онкологического заболевания был установлен в среднем на $5,6 \pm 1,2$ день пребывания в инфекционном стационаре после проведения лабораторных и инструментальных исследований.

Злокачественные новообразования могут проявляться многообразием неспецифических симптомов, интоксикацией организма и нарушениями функций пораженного органа. Проблема дифференциальной диагностики различных опухолевых процессов желудочно-кишечного тракта с острыми кишечными инфекциями возникает в связи с тем, что онкопатология нередко манифестирует клиническими проявлениями, сходными с инфекционными заболеваниями.

В анализируемой нами группе больных (30 человек) в 13,3% случаев начало заболевания было острым. Жалобы на частый жидкий стул с примесью слизи и крови предъявляли 83,3% пациентов, на тошноту и рвоту - 20,0%. Боли в различных отделах живота отмечали 63,3% обследованных. Кроме того, лихорадка, сопровождающаяся слабостью и недомоганием, регистрировалась в 26,7% случаев. У 16,7% больных в крови определялся лейкоцитоз и повышение СОЭ. В копрограмме 66,7% пациентов обнаруживались эритроциты, лейкоциты, слизь. Данные признаки

позволяли думать о развитии у пациентов острой кишечной инфекции.

Однако при более детальном опросе установлено, что у 43,3% обследованных заболевание начиналось постепенно в течение 2-3 недель, 33,3% больных указывали на различные функциональные нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта, которые беспокоили их уже в течение 3-6 месяцев, 13,3% - около года. Следует отметить, что в 80,0% случаев признаки, свидетельствовавшие о вызываемой злокачественной опухолью интоксикации (быстрая утомляемость, недомогание, снижение аппетита), предшествовали ярким клиническим проявлениям заболевания в течение длительного времени. Снижение веса отмечали 20,0% больных, периодические запоры - 10,0%. При пальпации живота у 66,7% пациентов определялась локальная болезненность тех или иных отделов, у 43,3% - опухолевидное образование различной величины. Перечисленные признаки позволяли заподозрить развитие у обследованных опухолевого процесса до поступления больных в инфекционный стационар.

Помогали уточнить диагноз лабораторные исследования. В крови больных данной группы в 66,7% случаев наблюдалась гипохромная анемия, в 26,7% - гипопро-теинемия, гипоальбуминемия. Почти у всех больных с онкопатологией (93,3%) отмечалось повышение СОЭ, средние показатели которой составили $23,1 \pm 1,3$ мм/час. 23,3% пациентов имели повышенные показатели печеночных трансаминаз, 6,7% - общего билирубина, свидетельствующие о вовлечении в патологический процесс печени. Подобные изменения при различных новообразованиях желудочно-кишечного тракта обнаружены и другими исследователями [2,4].

Наиболее информативными были инструментальные методы обследования. Так, при проведении ректороманоскопии онкопатология прямой и сигмовидной кишки выявлена у 60,0% пациентов. Ирригоскопия позволила установить наличие новообразований толстого кишечника у 30,0% обследованных. С помощью дуоденоскопии в 10,0% случаев обнаружены опухоли желудка.

В результате комплексного клинико-лабораторного и инструментального обследования пациентам с онкопатологией были поставлены следующие диагнозы: в 50,0% случаев - рак прямой кишки, в 20,0% - рак дистального отдела сигмовидной кишки, в 16,7% - рак поперечно-ободочной кишки, в 10,0% - рак желудка, в 3,3% - рак слепой кишки.

Пациенты были направлены в онкодиспансер для дальнейшего обследования и соответствующего лечения. У 14 больных, катамнез которых нам удалось проследить, диагноз был подтвержден гистологически: в 8 случаях (57,1%) это была аденокарцинома прямой кишки, в 4 (28,6%) - аденокарцинома поперечно-ободочной кишки, в 2 (14,3%) - железистый рак сигмовидной кишки. Следует отметить, что у 5 пациентов (35,7%) опухоли были неоперабельны в связи с прорастанием в тонкий кишечник, в боковую стенку живота, множественным метастазированием в брыжейку, дугласово пространство, левую почку, забрюшинные лимфоузлы. Выявление опухолевого

заболевания на III-IV стадии обусловлено малосимптомностью патологического процесса в ранний период болезни и поздним обращением больных за медицинской помощью.

По данным Реутовой Е.В., несмотря на хорошо изученную симптоматику рака толстой кишки и наличие разработанных принципов диагностики, выявление опухолей ободочной кишки на I-II стадии составляет 19%, прямой кишки - 30%, IV стадия онкопроцесса определяется у 1/3 больных [4].

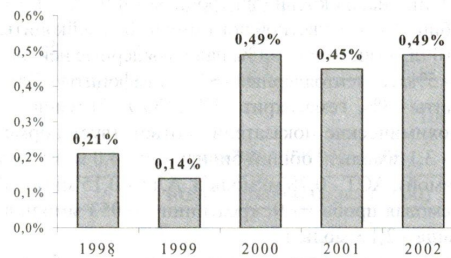


Рис. Удельный вес пациентов с онкопатологией среди больных кишечных отделений инфекционной больницы с 1998 г. по 2002 г.

Проведенный анализ свидетельствует о том, что настороженность врачей поликлинической службы и станций скорой помощи в отношении развития онкопатологии у больных пожилого возраста недостаточна. В ряде случаев при качественно проведенном опросе и осмотре больных, выполнении некоторых исследований амбулаторно (общий анализ крови, пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия и др.) новообразования желудочно-кишечного тракта могли быть диагностированы раньше, что обеспечило бы более рациональную помощь пациентам, предотвратило запущенность заболевания и снизило раннюю летальность больных с онкопатологией.

Приводим клинический пример из собственных наблюдений:

Больной С. 68 лет поступил в кишечное отделение инфекционной больницы г.Кирова 11 марта 2000 г. на 10 день болезни с жалобами на слабость, боли по всему животу режущего характера, скудный жидкий стул с примесью слизи до 30 раз в сутки, сухость во рту.

Заболел остро 1 марта, когда появился жар, озноб, на 5-6 день заболевания присоединились боли в животе режущего характера и жидкий стул до 10 раз в сутки с примесью крови и слизи. Самостоятельно не лечился. Контакт с инфекционными больными отрицает. Дома все здоровы. Заболевание с приемом пищи не связывает. За медицинской помощью к участковому терапевту обратился на 10 день болезни, направлен в инфекционную больницу с диагнозом "Острый энтероколит".

В инфекционном стационаре при изучении анамнеза жизни больного установлено, что неустойчивый стул с примесью крови отмечает в течение года, за этот год похудел на 8 кг.

При объективном обследовании температура $36,0^{\circ}\text{C}$, состояние средней степени тяжести, вялый, черты лица заострены. Кожные покровы бледные, сухие, их тургор снижен. На животе кожа собирается

в складку. Пониженного питания. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания - 17 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс - 78 ударов в минуту. Артериальное давление - 140/70 мм рт.ст. Живот правильной формы, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в левой подвздошной области. Сигмовидная кишка спазмирована, умеренно болезненная. Печень по краю реберной дуги, плотновато-эластичной консистенции. Диурез не изменен. Стул жидкий, скудный, со слизью и кровью.

Общий анализ крови: эритроциты - $4,0 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 105 г/л, цветной показатель - 0,8, лейкоциты - $7,2 \times 10^9/л$, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 5%, сегментоядерные - 62%, лимфоциты - 29%, моноциты - 3%, гематокрит - 43%, СОЭ - 21 мм/час.

Биохимические показатели соответствуют норме: сахар - 3,1 ммоль/л, общий билирубин - 4,0 мкмоль/л (непрямой), АСТ - 0,78 мкмоль/л, АЛТ - 0,15 мкмоль/л, сулемовая проба - 1,9, креатинин - 0,053 ммоль/л, мочевины - 2,1 ммоль/л.

При копрологическом исследовании кала обнаружены признаки воспаления толстого кишечника: цвет - коричневый, консистенция - жидкая, слизи - немного, реакция Грегерсена - положительная, эритроциты - 3-5 в поле зрения, лейкоциты - 15-20 в поле зрения.

При бактериологическом исследовании кала роста патогенной микрофлоры не обнаружено. Серологические реакции с дизентерийным и сальмонеллезным антигенами отрицательные.

Итак, с учетом острого начала заболевания, развития синдромов колита и дегидратации, при поступлении больному С. был поставлен диагноз "Острый колит (возможно шигеллезной этиологии)". Данные копрограммы подтвердили наличие у пациента колита. Однако при более тщательном опросе больного удалось выяснить, что периодический жидкий стул с примесью крови отмечается в течение года, вследствие чего у пациента развилась гипохромная железодефицитная анемия, которая выявлена лабораторно. Кроме того, не обнаружено связи заболевания с какими-либо особенностями эпидемиологического анамнеза, результаты бактериального исследования кала и серологического анализа крови отрицательные.

Для уточнения диагноза больному проведена ректороманоскопия: вход в анус свободный; слизистая прямой кишки бледная с выраженной сосудистой сетью; на расстоянии 10 см определяется опухолевидное образование темно-красного цвета, кровоточащее; внутренний сфинктер не изменен. Заключение: новообразование прямой кишки.

Больной переведен в онкологический диспансер, где диагноз был подтвержден гистологически (аденокарцинома прямой кишки с прорастанием в мышечный слой, с метастазами в лимфатические узлы) и проведено оперативное лечение (передняя резекция прямой кишки).

Выводы:

- Удельный вес онкопатологии желудочно-кишечного тракта, выявляемой в инфекционном стационаре, составляет 0,35%.
- У 35,7% больных выявляются запущенные фор-

мы патологического процесса, что связано с поздней обращаемостью пациентов за медицинской помощью и отсутствием выраженной клинической симптоматики на ранней стадии заболевания.

- Учитывая возможность течения онкопатологии желудочно-кишечного тракта под "масками" кишечных инфекций, следует обращать внимание на постепенное начало заболевания, наличие неспецифических симптомов интоксикации и признаков поражения желудочно-кишечного тракта в течение 6-12 месяцев, изменения общего анализа крови (гипохромная анемия, повышение СОЭ).

- Полученные данные требуют повышенной осторожности врачей различных специальностей в отношении развития опухолевых процессов у лиц старше 40 лет для более раннего проведения соответствующего обследования и лечения больных.

Список литературы:

1. Аксель Е.М., Давыдова М.И., Ушакова Т.И. Злокачественные новообразования желудочно-кишечного тракта: основные статистические показатели и тенденции // Современная онкология. - 2001. - Т.3. - № 4. - С. 141-145.
2. Захарова Н.А. Вопросы ранней диагностики опухолей желудочно-кишечного тракта // Тюменский медицинский журнал. - 1999. - № 1. - С. 1-4.
3. Малуюк Л.Б., Артамонова Е.В., Шолохов В.Н., Стрыгина Е.А. Комбинации с мутационным в лечении диссеминированного рака толстой кишки и желудка // Вопросы онкологии. - 2001. - № 6. - С. 736-739.
4. Реутова Е.В. Иринотекан и томудекс в лечении больных распространенным раком толстой кишки // Вопросы онкологии. - 2001. - № 6. - С. 731-735.
5. Статистика здоровья населения и здравоохранения в Кировской области в 2001 году // Медицинский статистический ежегодник. - Департамент здравоохранения Кировской области. - 2001. - 218 с.
6. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. и др. Злокачественные новообразования в России // Российский онкологический журнал. - 2000. - № 1. - С. 35-39.